

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vybrané metody rané intervence

Special methods in early intervention

Kristina Hájková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní program: Speciální pedagogika

2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Vybrané metody rané intervence* vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 31. března 2015

.....
Kristina Hájková

Ráda bych vyjádřila poděkování doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za její cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat Mgr. Terezii Hradilkové za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů. Poděkovat bych chtěla pracovníkům středisek rané péče EDA o.p.s., rané péče Tamtam Praha, Společnosti pro ranou péči o.s. v Praze za ochotné poskytnutí informací a maminkám dětí s postižením za sdílení jejich zkušeností.

.....
Kristina Hájková

ANOTACE

Bakalářská práce *Vybrané metody rané intervence* pojednává o rané intervenci jako o rané podpoře dítěte do doby než je zařazeno do školského zařízení. V prvních kapitolách jsme si vymezili vývoj zdravého dítěte, který je důležitý znát, abychom při jeho narušení mohli co nejdříve zmírnit a napravit vznikající postižení. Práce poukazuje na konkrétní narušení vývoje v podobě postižení, kterému se věnují jednotlivá střediska rané péče. Obsahem posledních kapitol je zachycení aktuálních pražských středisek rané péče a popsání vybraných metod používaných v těchto střediscích.

KLÍČOVÁ SLOVA

Raná péče, raný vývoj dítěte, zdravotní postižení, metody rané intervence

ANNOTATION

This bachelor thesis *Special methods in early intervention* focuses on early intervention in terms of early support of children before they are included in the education system. First chapters define the development of a healthy child which is important to know in order to be able to mitigate any signs of possible disability in as early stage as possible. This thesis also shows specific types of development dysfunctions on which specific care centers focus. Last chapters contain the summary of the current early care centers in Prague and description of the selected methods used in these centers.

KEYWORDS

Early intervention, early development of the child, disability, methods in early intervention

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Vývoj.....	8
2.1	Vývoj dítěte v raném věku.....	10
2.2	Prenatální stadium.....	12
2.3	Novorozenec (narození - 1 měsíc)	13
2.4	Kojenec (1 měsíc - 1 rok)	15
2.5	Batole (1 - 3 rok).....	20
2.6	Předškolní věk (3 - 6 let)	21
3	Rizika vývoje dítěte.....	23
3.1	Zrakové postižení	24
3.2	Tělesné postižení.....	25
3.3	Mentální postižení.....	26
3.4	Sluchové postižení	27
3.5	Kombinované postižení	27
3.6	Raná intervence jako podpora dětí s postižením.....	28
3.7	Vybraní poskytovatelé rané péče se sídlem v regionu hl. m. Praha.....	30
4	Vybrané metody rané intervence	36
4.1	Metoda aktivního učení Lilli Nielsen.....	36
4.2	Ipad.....	41
4.3	Zraková stimulace	44
4.4	Speech-viewer.....	49
4.5	Videotrénink interakcí.....	50
4.6	Program Portage.....	53
4.7	Doporučení pro speciální pedagogy.....	55
5	Závěr.....	57

6	Seznam použitých informačních zdrojů	58
---	--	----

1 Úvod

Cílovou skupinou mé bakalářské práce jsou rodiny nejmenších dětí s postižením a tématem role rané péče v podpoře vývoje dítěte s postižením. V práci se věnuji vybraným metodám rané intervence, zaměřeným na podpoření vývoje dítěte s postižením v těch oblastech, které jsou daným postižením ohroženy. Cílem mé práce je analyzovat fungující pražská střediska rané péče a zpracovat přehled vybraných metod rané intervence, jejich použití a možný vývoj do budoucna. Dále se ve své práci zaměřuji na zkušenosti klientů rané péče s jednotlivými metodami.

První kapitola se zaměřuje na rozdělení klasického vývoje zdravého dítěte, který je důležitý znát, abychom mohli kvalitně posoudit rizika vývoje dítěte, o kterých je více napsáno v další kapitole. Tam se také prvně seznámíme s ranou péčí a fungujícími pražskými středisky rané péče. V kapitole nazvané Vybrané metody rané intervence se dozvíme o poskytování specifických metod rané péče v jednotlivých střediscích rané péče v Praze. Zaměřila jsem se na nejzajímavější metody, na jejich vývoj (rozvoj či ústup). Věnuji se jak popisu a vysvětlení metod, tak i zkušenostem rodičů s využíváním metod. Bakalářská práce je přínosná pro rodiče dětí s jakýmkoliv postižením, protože shrnuje metody, které pražská střediska rané péče nabízejí tak, aby si rodiče mohli vybrat vhodnou metodu pro jejich dítě.

Při zkoumání jednotlivých metod jsem použila metodu analýzy dokumentů, obsahovou analýzu, srovnávání pojetí, názorů a myšlenek za účelem vyvodit vlastní stanovisko na danou problematiku.

2 Vývoj

Vývoj dítěte je zákonitou změnou. Každá změna v našem životě však nemusí znamenat vývoj. Jestliže ve vývoji dítěte nastane silná událost, proces se nezastaví, ale poběží jinak, než by měl. Silná událost ve vývoji dítěte se může odehrávat v oblasti tělesné i duševní. Dítě by mělo procházet vývojem bez dramatických událostí, měl by mít vzestupný charakter. Vývoj dítěte by se měl zdokonalovat a obohacovat. Dítě by mělo získávat nové vlastnosti, které mu pomáhají stávat se složitější bytostí, postupně méně a méně závislou na svém okolí. Vývoj je determinován biologicky. Nejdůležitější je vývoj mozku, který se nejrychleji vyvíjí v prenatálním stádiu. Důležitým faktorem jsou také zděděné vlastnosti od rodičů i prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Podstatnou složkou je socializace, ta dítě připravuje na roli v budoucím životě a začlenění ho do společnosti, ve které žijeme. Mezi společnost řadíme rodinu, přátele, školu atd. (Říčan, 2004).

Pod pojmem vývoj dítěte spatřujeme vývoj psychomotorický, který zahrnuje motoriku, pohyb a mentální (duševní) schopnosti dítěte. Vývoj se posuzuje dle hodnocení složek dítěte v určitém věku. Vyšetření provádí lékař a podrobněji odborníci, kteří se zabývají vývojem dítěte. K posouzení úrovně vývoje slouží další řada různých vyšetřovacích schémat a testů např. dle Vlacha, Mnichovské vývojové školy, kineziologické vyšetření dle Vojty, speciální testy školní zralosti (Květoňová-Švecová, 2004).

Vývoj můžeme specifikovat jako druh učení, ke kterému dochází již od stádia plodu. Důležité je dostatečně podnětné prostředí pro učení jedince (Helus, 2009). Dle Heluse (2009) můžeme zaznamenat několik druhů učení, které pomáhají ke správnému vývoji dítěte a dostávají největší význam od začátku předškolního období:

Učení emocionálně vegetativní - spojování určitých fyziologických a emocionálních pochodů v našem organismu s danými událostmi v našem okolí (např. naučený strach), zkoumal a popsal jako klasické podmiňování I. P. Pavlov (v rámci trestů a odměn např. rodič se na dítě usmívá - dítě reaguje pozitivně).

Učení instrumentální - podmíněná reakce, která je nástrojem (instrumentem), na základě kterého můžeme něco získat nebo se něčemu vyhnout (učení pokus-omyl), má význam v dětství při motorické reakci (oblékání, chůze, uchopení, první verbální projevy).

Učení senzomotorické - vzájemný pohyb, vnímání a koordinace (např. dítě dokáže psát, hrát na hudební nástroj), probíhá od časného věku dítěte (např. hygiena, sebeobsluha).

Učení verbální - zvládání slov, porozumění jejich významu a používání slov v řeči (např. výsledná komunikace mezi lidmi).

Učení pojmové - předpokladem je učení verbální a následné porozumění pojmům, učení řešením problémů a učení objevováním - rozvíjí dětskou samostatnost, ale může dojít i k rezignaci, proto je důležité poskytování pomoci.

Učení sociální - učení se v situacích mezi lidmi (např. učení nápodobou, identifikací, zvnitřněním).

Jednotlivé druhy učení jsou propojeny, v jedné činnosti mohou probíhat různé druhy.

Věnuji se vývoji dítěte proto, abych ukázala, že vývoj je proces, který představuje výsledek vnitřních (genetika, dědičnost) a vnějších (společnost, výchova) činitelů. Pokud se dítě narodí s postižením (či jej v raném věku získá), je tedy zřejmé, jak veliký význam má vedle léčby i „habilitace“, tak i péče a psychická pohoda v jeho okolí, rodina, láska, trpělivost, atd. Každá osobnost je jedinečná, musíme tak ke každému přistupovat individuálně vzhledem k jeho osobním fyzickým a psychickým specifikům, jeho kulturně-sociálnímu prostředí, nadáním, vůli, motivaci apod.

Vývoj představuje růst, zrání a učení jedince v několika druzích učení, které se dítě učí v rozličném věku. Nyní se pojďme zaměřit na vývoj dítěte v raném věku, představit si některé periodizace a popsat jednotlivá vývojová stádia (období).

2.1 Vývoj dítěte v raném věku

Vývoj dítěte v raném věku týkající se individuálního života člověka, se nazývá ontogeneze (*geneze* - vznik, *ontos* - jsoucí). Lidská ontogeneze je vytvářena sociálním, kulturním a výchovným prostředím. Při narození se člověk dostává do podmínek, v nichž se vyvíjí. Vývoj dítěte můžeme členit na stádia, která se mezi sebou odlišují zřetelnými znaky a následují v určitém sledu. Jednotlivá stádia se ovlivňují a určují průběh stádií následujících. Vývoj každého jedince je specifický. Stádia nekončí přesně ze dne na den. Proto jejich stanovení je jen přibližné. Vývoj můžeme také označit jako získávání kinestetických, hmatových, zrakových a sluchových zkušeností. Dítě postupně prozkoumává svět a snaží se mu porozumět. Vývoj dítěte se sleduje dle různých kritérií. Dítě se vyvíjí a roste již od svého početí. Po narození jeho vývoj nabývá na významu. Růst zaznamenáváme v jednotlivých obdobích novorozeneckého, kojeneckého, batolecího, předškolního období, mladšího a staršího školního věku a období adolescence. Vývoj můžeme dělit dle jednotlivých měsíců, po čtvrtletích (trimestrech) či po jednotlivých stádiích (Helus, 2009; Květoňová-Švecová, 2004; Příhoda, 1967). V Langmeierovi, Krejčířové (2006) je uvedena Piagetova periodizace kognitivního vývoje, kdy si uvedeme pouze vývoj do předškolního období, kterému se věnujeme:

Etapa senzomotorické inteligence (od narození do jednoho a půl až dvou let) - počátky z vnějšího a vnitřního prostředí.

Etapa symbolického a předpojmového myšlení (do čtyř let) - často se tato etapa pojí v jedno stadium předoperační, kam řadíme i názorové myšlení. Užívá jazyk a symbolů, dítě má egocentrický pohled na svět.

Etapa názorového myšlení (od čtyř do sedmi nebo osmi let) - antropomorfní myšlení, kdy dítě uvažuje o neživém předmětu, jako o vlastnostech živých.

Podle Langmeiera, Krejčířové (2006) si můžeme také uvést Freudovu psychoanalýzu, ve které je vývoj dítěte rovněž členěn do jednotlivých etap. Oproti Piagetovému rozumovému poznávání světa se Freud soustřeďuje na vývoj pudového života, uvedeme si taktéž jen dělení pro nás podstatné. U každého stádia se též zaměříme na Freudova žáka Eriksona, který se snažil rozpracovat Freudovu psychoanalytickou periodizaci. Erikson vycházel z předpokladu, že jedinec si musí vyřešit na každém stupni vývoje psychosociální konflikt.

Orální stádium (první rok života) - stimulace ústy (sání a nasycení a strkání věcí do úst), Erikson v tomto stádiu uvádí vyrovnaní se s pocitem důvěry a nedůvěry.

Anální stádium (zhruba druhý a třetí rok života) - zadržování a vypuzování exkrementů, výchova k tělesné čistotě, u Eriksona si dítě musí vyřešit konflikt pocitu autonomie a pocitu studu.

Falické stádium (zhruba od čtyř let) - stádium genitální, vyspívání ega, zvědavost na anatomické rozdíly mezi pohlavími, vztah dítěte k jeho rodičům jako Oidipův a Elekťin komplex, dítě si dle Eriksona musí vyřešit konflikt mezi vlastní iniciativou a pocitem viny.

Stádium latence (od pěti nebo šesti let do počátku dospívání) - osvojování kulturních hodnot, poznatků a diferencovaných sociálních rolí, dítě si má dle Eriksona přisvojit pocit vlastní snaživosti v práci, ale ubránit se pocitům méněcennosti.

Dále je důležité zmínit i Kohlbergovu předkonvenční morálku předškolního dětství, kdy se dítě snaží vyhnout trestu a orientuje se na odměnu (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Důležitými mezníky v životě dítěte jsou: doba před porodem, v lůně matky, časné narození a první roky života dítěte, kdy se učí základním schopnostem důležitým pro budoucí vývoj a jeho fungování v životě (Helus, 2009).

Z toho vyplývá, proč je přikládána taková důležitost intervenci ve prospěch celé rodiny a jejího dítěte s postižením právě v raném věku, včas a směrem k rodině. Je-li někdy možné zásadně ovlivnit a vyrovnat důsledky postižení na další vývoj dítěte, je to v raném věku. A největší roli v tom hraje rodina a její láskyplná a podporující péče.

V jednotlivých stádiích budeme popisovat základní dovednosti, které by v tuto dobu mělo zvládat 90% dětí. Zbývající počet dětí, které tyto úkony nezvládají, se posuzují jako „nápadně v poruše dané funkce“. V jednotlivých stádiích dochází k posunu ve vývoji, pro každý pokrok je nutný zvládnout předchozí úkon, aby dítě ve vývoji postupovalo rovnoměrně. Níže také uvádím posun v sociálních dovednostech, v hrubé i jemné motorice. Důležitá je včasná intervence a podpora dítěte. Čím časněji dochází k nějaké poruše, tím dříve musí dojít ke stimulaci a rehabilitaci (Květoňová-Švecová, 2004).

Bakalářská práce se zaměřuje na rozdělení dle jednotlivých stádií vývoje kvůli snadné přehlednosti.

2.2 Prenatální stadium

Prenatální vývoj trvající od početí do narození můžeme dle Langmeiera, Krejčířové (2006) a Volemanové (2013) rozdělit do tří fází:

Oplození a vytvoření zárodku (první 3 týdny)

Embryonální období (4. - 12. týden) - u embrya dochází k největším změnám ve velikosti těla, jakékoliv narušení vývoje může vést k poškození orgánů plodu a k nevratitelným vadám.

Fetální období (12. týden - porod) - koncem prvního trimestru má plod vytvořeny všechny důležité orgány, proto v tomto období zrají spíše tkáně, dochází ke zpomalení růstu hlavičky oproti trupu. Upravuje se podoba obličeje.

Prenatální stadium podle Volemanové (2013) trvá 9 kalendářních měsíců (10 lunárních měsíců po 28 dnech). Milfait (2012) uvádí tezi individuace od nidace, kdy do 14 dne nebo do nidace nelze ještě uvažovat o zygotě jako individuu, protože se z embryoblastu mohou vytvořit dvojčata. Dle Říčana (2004) je plod schopen se učit.

Sociální dovednosti

Vzájemné spojení matky s plodem jako komplexní interakce (Šulová, 2004).

Pohyb

Na začátku fetálního vývoje (třetí měsíc gestačního věku) začíná plod pohybovat rukama a nohama, které si strká do úst a otáčí hlavičku. Pomocí těchto pohybů získává hmatový kontakt se stěnou dělohy matky. Bije do vlastního i matčina těla (Langmeier, Krejčířová, 2006; Květoňová-Švecová, 2004). Plod provádí pohyby ústy, reaguje na podněty zvukové, vizuální (bleskové světlo procházející břišní stěnou matky), ale také na tlak i bolest. Na úlek zareaguje kopáním v 5. měsících. Plod je velice brzy aktivním organismem, který je schopen nejjednodušších forem učení. Jeho celková aktivita narůstá až do předporodního období (dva týdny před porodem), kdy se plod připravuje na dobu porodu a stává se jeho aktivním pomocníkem (Langmeier, Krejčířová, 2006, Říčan, 2004).

Zrak

Schopnost vidět získává miminko až po narození, ale v době plodu otevírá oči a reaguje na světlo (Říčan, 2004).

Sluch

Dítě již v mateřském lůně může odposlouchávat zvuky zvenčí a tím získávat sluchovou pozornost, která se mu po narození zlepšuje a přiřazuje ke konkrétním věcem. U sluchového vnímání je zvláštní doba po porodu, kdy dítě rozpozná a preferuje matčin ženský hlas (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Primární reflexy

V době plodu je zaznamenán také Asymetrický tonický šíjový reflex (flexe končetin na záhlavní straně a extenze končetin na obličejové straně, u miminka nazýváme poloha šermíře). Na dotek v oblasti úst se objevují pohyby podobné hledacímu a sacímu reflexu (Volemanová, 2013; Primární reflexy-RedTulip, 2010).

Ostatní specifika

Od 2 měsíců po oplození můžeme zaznamenat počínající činnost mozku. Smyslové orgány jsou stimulovány, ale připravují se plně rozvinout v postnatálním životě, proto je po narození důležitá vhodná stimulace dítěte (Šulová, 2004).

Přechod od prenatalního období k samostatnému životu jedince nastává porodem (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.3 Novorozenec (narození - 1 měsíc)

Novorozenecké období představuje základní vrozené dispozice dítěte, jeho předpoklady pro interakci se světem, s věcmi a lidmi. Většinu dne zatím prospí (Volemanová, 2013).

Sociální reakce

Novorozenec odpovídá na úsměv krátkým úsměvem (Langmeier, Krejčířová, 2006; Květoňová-Švecová, 2004).

Řeč

Zpočátku novorozenec neartikulovaně vokalizuje a vydává jen hrdelní zvuky. Pro upoutání matčiny pozornosti se ozývá křikem (Květoňová-Švecová, 2004; Langmeier, Krejčířová, 2006).

Pohyb

Převládají stereotypní, mávavé a kopavé pohyby. Pěsti většinou nejsou ještě připraveny pro aktivní úchop. Plazivé reflexní pohyby jsou živější, když se dítě položí na nahé tělo dospělého člověka, než když se dá na samotnou podložku (Říčan, 2004). Novorozenec je spíše nestabilní. Je schopen ohýbat pusinkou, olizovat a cucat si ruce. Zakouší si reakce na své vlastní pohyby. Ruce svírá v pěsti, ale postupně se uvolňují. Po motorické stránce se dítě vyvíjí zatím pomalu (Říčan, 2004; Volemanová, 2013; Květoňová-Švecová, 2004).

Zrak

Monokulární fixace je do velmi malé vzdálenosti. Dítě v novorozeneckém období neumí zrakem akomodovat (zaostřovat). Sleduje předmět i obličej na obě strany do 45 stupňů. Zpočátku v době porodu má jen světlocit, později převažuje periferní vidění, až dítě postupně centrálně vidí, ale fixuje předmět jen monokulárně. Postupem času se jeho zrak zlepšuje a získává novou zrakovou zkušenost. Postupně si přiřazuje význam pomocí zraku a sluchu ke konkrétním věcem. Nejlépe ji však získává pohybem před tváří, když matka pohybuje hračkami. Fixuje a sleduje předměty ve svém zorném poli (Volemanová, 2013; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007; Vágnerová, 1995).

Sluch

Dítě sluchově preferuje ženský hlas matky. Po porodu se zlepšuje lokalizace a vnímání barvy zvuku (Šulová, 2004).

Primární reflexy

Jako v době plodu, novorozenecká postura je k jedné straně při Asymetrickém tonickém šíjovém reflexu (rotace hlavy doprava, extenze pravostranných končetin a flexe levostranných končetin (Obr. 1). Tento reflex vymizí ve věku 3-4 měsíců. Na podráždění novorozenec reaguje Morovou reakcí (objímací reflex). Má vyvinuty základní nepodmíněné reflexy - hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranný (např. odvrací

hlavičku při mytí), orientační, úchopový (např. po vložení do dlaně chopí prst) a polohový (Volemanová, 2013; Říčan, 2004).



Obrázek č. 1: Asymetrický tonický šíjový reflex

Zdroj: Orth, 2009, s. 39

Ostatní specifika

Ze smíšených pachů dokáže rozeznat matku. Dobře rozvinut je hmat, chuť a čich (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Novorozenecké období je specifickou součástí a úvodem do období kojeneckého.

2.4 Kojenec (1 měsíc - 1 rok)

V kojeneckém období se zbývajících pár měsíců prvního roku rozvinou dispozice dítěte tak, že je schopné vůlí řízených aktivit (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Dle Vágnerové, Moussové a Štecha (2000) in Erikson (1963) je kojenecké období charakterizováno jako období receptivní, kdy dítě přijímá od druhých. Postupem času je ke konci tohoto období schopno lidské lokomoce. V kojeneckém období života dítěte se odehrávají zlomové události, jako je růst délky těla, zvýšení váhy, první úsměv, vstávání a chůze, uchopování a pouštění. První rok je naplněn důležitými úseky pro rozvoj vlastností, dovedností a schopností, které by měly být správným způsobem stimulovány. Jinak může dojít k vývojovému opoždění. Nastává změna polohy z horizontální do vertikální. Pak dochází k přesunu k chůzi, do schodů a ze schodů (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2000).

Kojenecká motorika vychází z principu vývojového směru, aneb co se vyvíjí jako první a co poté následuje dle Arnolda Gessela in Volemanová (2013):

Kefalokaudální - ovládání těla od hlavy k patě

Proximodistální - směr od centra těla k periférii

Ulnoradiální - postup úchopu od malíčku dlaně k palcové straně („špetka“)

1. měsíc dítě uchopuje celou dlaní, až postupně přechází k úchopu pinzetovému (v 10. měsíci). Dítě manipuluje s drobnými předměty až je jeho pohyb dokonalý. Převažuje leh na zádech, symetrické držení hlavy, rovnoměrné otáčení hlavy na obě strany, v poloze na břiše se nedokonale opírá o předloktí a na pár sekund udrží hlavičku nad podložkou. Novorozenecké reflexy má dobře vybavitelné. Uvolněné pěsti, ruka se pohybuje ve směru zájmu za hračkou. Drobné předměty uchopuje. Krátce se usmívá. Více popsáno v dřívějším novorozeneckém období. V prvním měsíci většinou dítě pláče z důvodu hladu (Volemanová, 2013; Květoňová-Švecová, 2004).

V **2. měsíci** může nastat cílený úsměv, dítě sleduje předměty i obličej na obě strany do úhlu 90 stupňů, otočí se za zvukovým podnětem. Symetrizuje se držení těla. Je schopné zvednout dolní končetiny nad podložku. Krátce zvedne hlavičku o předloktí. Má otevřené dlaně, palec ruky je v addukci a ne již v dlaní. První reaktivní sociální úsměvy. Fixace zraku chvílemi binokulární. Vydává dlouhé samohlásky. Začíná využívat svůj hlas k přivolání matky (Volemanová, 2013; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

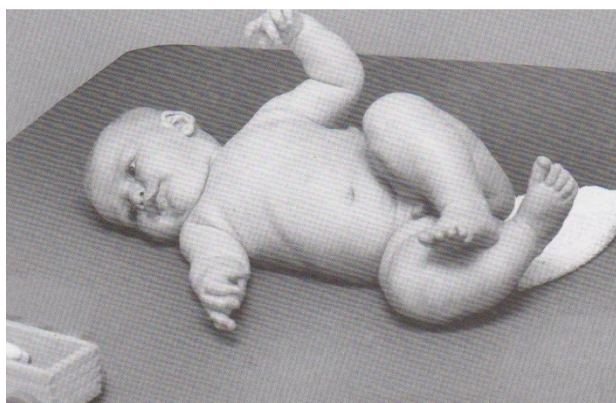
3. měsíc dokáže dítě pást koníčky (hlavička je mimo opěrku, symetricky vzpřímená v ose těla, flexe paží, dolní končetiny jsou volně). Reaguje pláčem, zajímá se o své okolí. Je stabilní, při přitažení do sedu mu hlavička padá dozadu jen mírně. Koordinace oko-ruka-ústa. Kojenec si začíná broukat, spontánně vokalizovat (egu, aga, gege). Komunikačním prostředkem je stále pláč jako účinný prostředek k přivolání matky. Je však méně častý a dítě spíše vydává prvé hlásky. Již počátek centrální fixace, protisměrné pohyby očí (konvergence, divergence) a zraková ostrost (vizus). Otáčí se na stranu, odkud zvuk přichází (Volemanová, 2013; Květoňová-Švecová, 2004; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

Ve **4. měsíci** si dítě hraje s rukama, uchopuje podanou hračku a strká ji do úst. Koordinace ruka-ústa. Uchopuje hračky, přetáčí se na boky, otevírá ruce a uchopuje předměty. Jeho úchop je však ještě nejistý. Moduluje svůj hlas. Ve zrakovém vnímání

počátek akomodace (zaostření) (Volemanová, 2013; Květoňová-Švecová, 2004; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

V **5. měsíci** přendává kojenec předměty z ruky do ruky. Dokáže se samo zvednout do sedu a začíná se nepatrně přitahovat. Zraková ostrost 1/20-1/30 (Volemanová, 2013; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

6. měsíc kojeneckého věku nastává plná kontrola hlavy, dítě v poloze na zádech je stabilní, zvedá nohy nad podložku, hraje si s nimi, aktivně se přitahuje do sedu, s oporou udrží rovný sed a hlavu při vychýlení. Opírá se o předloktí i natažené paže, začíná s uvolňováním jednou rukou pro úchop. Ve stoji se opírá o kolena i kyčle, chvílemi i o plná chodidla. Usmívá se a sleduje předměty. Cíleně uchopuje dlaní, předává hračku z ruky do ruky. Bere záměrně do ruky hračku. U 6. měsíčního kojence je možné zaznamenat pozitivní střemhlavou reakci (nastrčené ruce proti podložce při pádu). Na oslovení reaguje odpovídáním slabikami a hláskami. Vyžaduje pozornost a má z ní radost. Z břicha se otočí na záda, ze zad na břicho (Obr. 2). Hraje si s palci u nohou. V pasivním sedu se krátce udrží, ale samo se neposadí. Nastává binokulární fixace a fúzní reflex (spojí dva obrázky v jeden). Dítě začíná žvatlat (Volemanová, 2013; Květoňová-Švecová, 2004; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).



Obrázek č. 2: Přetočení kojence na břicho

Zdroj: Orth, 2009, s. 45

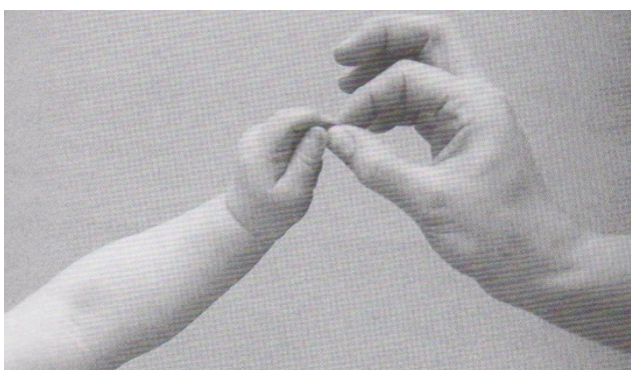
7. měsíc je specifický úchopem hračky oběma rukama současně a klešťový úchop. Pivotuje (dělá letadlo), válí sudy a plazí se. Převažuje postura do polohy na čtyřech, ve které se houpe (Volemanová, 2013; Květoňová-Švecová, 2004).

8. měsíc dítě leze, na zádech je jenom ve spánku. Samo se posazuje přes šikmý sed a drží se u ohrádky. Když chce dítě např. sesbírat drobečky z koberce, použije k tomu

nůžkový úchop. Používá slabiky (tá-ta, má-ma), má bohatou mimiku. 8. měsíc je obdobím separace od matky, ale vrací se za ní (Volemanová, 2013).

V **9. měsíci** se zvedá aktivně do sedu. Počátek samostatného sedu, plazí se a začíná lézt po čtyřech. Ve stoji držen za ruce, plně se opírá o dolní končetiny. Natahuje se po předmětech, sahá pro ně i do ohraničeného prostoru (krabičky), vyndává je a cíleně odhazuje. Používá spodní klešťový úchop. Řetězce stejných slabik, melodika, různá hlasitost projevu. Odvrací se od cizích, zarazí se v nové situaci. Sed je již jistý, taktéž i lezení, přidržuje se u nábytku, bez opory však stoj nezvládne. Žvatlá a začínají první dětské hříčky. Postupně až do konce kojeneckého období, se upevňuje binokulární reflex a vizus se zlepšuje na 6/60 (Volemanová, 2013; Květoňová-Švecová, 2004; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

Postupně v **10. měsíci** samostatný sed, houpe se na kolenou a leze po kolenou, ještě nekoordinovaně, vytáhne se do stoje u nábytku, začínají úkroky kolem nábytku. Pinzetový úchop (vrchní klešťový úchop viz Obr. 3). Žargon (bezvýznamové žvatlání), rozumí jednoduchým pokynům. Začíná spolupracovat při oblékání (Volemanová, 2013; Květoňová-Švecová, 2004).



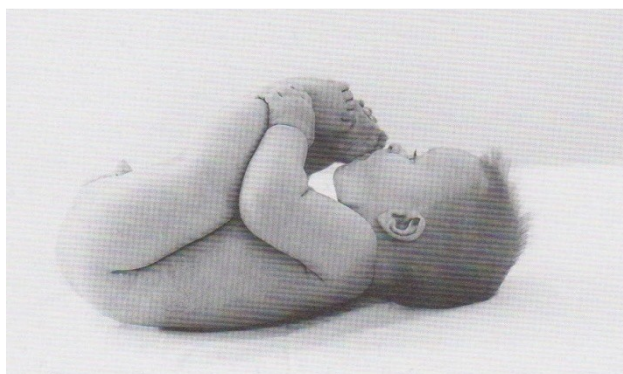
Obrázek č. 3: Pinzetový úchop

Zdroj: Orth, 2009, s. 51

11. měsíc s oporou krok, začátek samostatného stoje s přidržením jen za jednu ruku. Shazuje věci a hračky, vkládá kostky do hrníčku (Volemanová, 2013).

Koncem kojeneckého období je dítě schopno samostatného rovného sedu, koordinovaně leze po čtyřech, zvládne kroky vpřed s držením za jednu ruku, pozorujeme počátky samostatné chůze. Přitáhne si hračku za provázek, na hračce si všímá detailů (na panence - oči, vlásky). Dává najevo náklonnost známým osobám. Od začátku kojeneckého období postupná spontánní vokalizace slov (slova egu, aga, gege), reaguje odpovídáním slabikami až po dvojslabičná spojení (mama, tata). Leze rychle po schodech, sed je pevný, samo se staví bez opory, samostatné kroky. Rozumí slovům a říká 2 až 3 smysluplná slova (Květoňová-Švecová, 2004; Volemanová, 2013). Až ke konci kojeneckého období se pohybové vzorce dítěte zdokonalí a upevní. Dítě si ještě nevytváří vztah k druhým vrstevníkům. Lze spatřovat individuální rozdíly v chování jednotlivých dětí (Květoňová-Švecová, 2004; Helus, 2009; Langmeier, Krejčířová, 2006; Říčan, 2004; Šulová, 2004; Volemanová, 2013; Nielsen, 1996; Nielsen, 1998; Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2000; Orth, 2009).

Dítě si **během celého kojeneckého období** osvojuje pohybové aktivity a získává spoustu hmatových zkušeností. Nožičkama kope, tlačí, odkopává se z peřinky, kope do maminky, bubnuje chodidly a chytá se za ně. Uvědomuje si, že pro nový pohyb se musí udělat ten určitý. Učí se pohybům reciprocitně (vzájemně). Používá svalovou sílu. Pomocí pohybů vyjadřuje i své citové reakce. Zjišťuje reakce na své pohyby, což tvoří základ pro budoucí učení. Od postupného žvatlání, pobrukování si, trénování hlasu, přechází k samostatným slovům. Jeho inteligence je senzomotorická. Nejdříve dítě vyluzovalo zvuky pomocí předmětu, když na něco zaškrábalo. Neuvědomovalo si, že zvuk vzniká následkem jeho aktivity. Spojuje dvě věci - sluch-zrak a začíná experimentovat. Například experimentuje pomocí zraku, když se otočí, může spatřit předmět, který vyluzoval zvuky. Strčí do hračky, aby jí sledovalo. Je potřeba dítěti vytvářet takové prostředí, které mu dává zpětnou vazbu. Koncem 6. měsíce jsou nohy rozvinuty v uchopovací funkci (koordinace ruka-noha-ústa, Obr. 4). Získává představu o svém těle. Je důležité zavěšovat nad postýlku předměty tak, aby na ně dítě dosáhlo rukama (Květoňová-Švecová, 2004; Helus, 2009; Langmeier, Krejčířová, 2006; Říčan, 2004; Šulová, 2004; Volemanová, 2013; Nielsen, 1996; Nielsen, 1998; Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2000; Orth, 2009).



Obrázek č. 4: Koordinace ruka-noha-ústa

Zdroj: Orth, 2009, s. 49

Dítě v celém kojeneckém období udělá velký krok k poznávání světa. Je důležité umožnit přirozenou interakci mezi dítětem a rodičem jako základní proces učení kojenců. Přesto inteligenční složka dostává svůj význam až v druhém roce života, kdy dítě začíná hovořit (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.5 Batole (1 - 3 rok)

Sociální dovednosti

Nastává rozvoj osobnosti - „Já sám“ jakožto přihlášení se k sobě samém,. Projevuje vzdor, jako prosazení své autonomie. Vytváří si své vnitřní „Já“ (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Řeč

Označuje věci slovy, nastává zrod hovoru. Po dosažení druhého roku se dítě nadchne pro odpovědi na jeho otázky. V řeči rozlišuje „Já a Ty“. Rozvíjení dalších komunikačních prostředků (dotýkání, mimika). V řeči používá dětský žargon (hantýrku), které rozumějí jen rodiče a má neurčitý význam. Tvoří víceslovná spojení. Postupně chápe symbolický význam slov (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Pohyb

V batolecím období dítě nově využívá prostor při naučené chůzi. Aktivně v něm padá a zase vstává. Aktivně udržuje svoji tělesnou čistotu. Ke konci druhého roku si dítě uvědomuje a aktivně se hlásí na nočník (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Zrak

Zrakový vizus se pohybuje kolem 6/9 (Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

Ostatní specifika

Zdokonaluje se v přípravě pro grafomotoriku, koordinace ruka-oko. Postupně se samo obléká, svléká, nají se, napije a udržuje čistotu. Dítě v tomto období získává specifické charakteristiky, začíná mluvit a chodí vzpřímeně. Čmárá na papír (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Ve třetím roce se objevují prvky oblékání, svlékání a stolování. Ve třech letech je více samostatné. Začíná symbolická hra s hračkami (Helus, 2009; Langmeier, Krejčířová, 2006; Říčan, 2004; Šulová, 2004).

2.6 Předškolní věk (3 - 6 let)

Sociální dovednosti

Dítě se v tomto období začíná osamostatňovat od rodičů, vytváří si sociální chování v rámci prvního sociálního prostředí, které navštěvuje. Zajímá se o knihy, převládá hra na role, je postupně konstruktivní a dokáže respektovat pravidla hry. Začíná u něj soutěživost vůči ostatním. Postupně přechází od samostatné hry a napodobování, ke hře s druhými v rámci mateřské školy a kolektivu. Jsou zaznamenány proměny v sociálním životě a formování základů mravnosti. Pomáhá doma při jednoduchých pracích, kdy se mu buduje smysl pro povinnost. Kamarádství s vrstevníky. Přijímá v tomto věku dobře i postiženého vrstevníka protože se doposud nezafixovaly běžné sociální předsudky. Když rodina dá najevo své předsudky před dítětem, dokáže je dítě vyjádřit velice zle. Základ je ve výchovném působení rodičů. Kritéria volby kamaráda - inklinace ke stejnému pohlaví, zevnějšek, přátelské chování, vlastnictví zajímavého předmětu. Hry na sociální role. Rozvíjí se představivost, fantazie, myšlenkové pochody. Upevňují se základy mravních postojů, ví, co je správné. Rodina je stále pro vývoj dítěte nejvýznamnějším prostředím (Helus, 2009; Langmeier, Krejčířová, 2006; Říčan, 2004; Šulová, 2004).

Řeč

Ve 4 letech dítě fabuluje ve vyprávění a umí básničky. Používá jednotné a množné číslo. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Pohyb

Ke konci batolecího období dítě začíná jezdit na tříkolce, běhá, skáče a kope do míče. Tříleté dítě umí chodit, pohybovat se po způsobu dospělých. Hopsá, skáče, umí házet míč, leze po žebříku. Ve čtyřech letech se zlepšuje pohyb a v pěti letech jezdí na kole. Rozvíjí se manuální zručnost (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Zrak

Do konce předškolního období se stabilizuje zrakové vnímání a hodnota vizu na 6/6 (Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

Ostatní specifika

Vydrží suché bez pomočení i ve spánku. Základ školní zralosti. Růst obratnosti, myšlení. Dítě si osvojuje početní řadu. Cvičí svou zručnost, nakreslí křížek. 4leté dítě nakreslí hlavonožce, experimentuje v kresbě a umí říkanky. V pátém roce nakreslí trojúhelník (Helus, 2009; Langmeier, Krejčířová, 2006; Říčan, 2004; Šulová, 2004).

Představili jsme si jednotlivá vývojová období dítěte od prenatálního stádia až do předškolního věku. Mohli jsme se podívat, že základ učení se nám tvoří již intrauterinně a je výsledkem vnitřních i vnějších vlivů. V další kapitole nazvané Rizika vývoje dítěte si představíme možnosti narušení klasického vývoje dítěte, který jsme si právě popsali.

3 Rizika vývoje dítěte

Každé vývojové stadium je výsledkem dosavadního vývoje a tvoří základ pro další fázi (Langmeier, Krejčířová, 2006). U dětí s vrozeným postižením je počátek provázen krizí pro rodiče, kteří se musí adaptovat na odlišnost dítěte. Dítě je odlišné od svých zdravých vrstevníků. Rodiče mají určité představy během těhotenství matky a ideje o svém dítěti. Zpráva o změně v jejich očekávání může být pro ně šokem a musí se přeorientovat na nové životní cíle. Reakce rodičů závisí na dané diagnóze dítěte, a kdy byla stanovena. Rodiče by měli být obeznámeni, že jejich rozporuplné reakce jsou v této situaci běžné (Moonen, 2002). Každé dítě si prochází stejnými fázemi, u dítěte s postižením dochází k limitování rozvoje určitých kompetencí nebo je zcela znemožněn. Rozvoj závisí na působení psychosociálních faktorů. Ve vývoji dětí s postižením můžeme spatřovat obecnou platnost (Vágnerová, 2008). Dle Květoňové-Švecové (2004) in Haupt (1996) se děti s postižením vyvíjí dobře, když mohou užít vlastní aktivity pro svůj vlastní vývoj.

Děti s postižením mohou mít sníženou aktivační úroveň, protože nemají dostatečnou motivaci (např. děti se zrakovým postižením). Nemohou si získanou informaci spojit se smyslovým orgánem, stává se pro ně získaná informace všední a dále se o ní nezajímají. První emancipace má velký význam pro uvědomění si sebe sama, ale dítě jí nemusí být schopné, nebo mu to není dovoleno. V dospělosti to má pak veliké dopady na jeho pasivitu a závislost. Nelze je za to obviňovat, když celý život byli zvyklí na pasivní přijímání jako nejvhodnější a mnohdy nejpohodlnější metodu. Význam na osobnost dítěte s postižením má sociální tlak okolí, společnost mívá zažité předsudky vůči těmto lidem, mnohdy jenom díky neinformovanosti. Hodnocení školní zralosti je náročnější, nástup do běžné školy pro rodiče značí stupeň normality a je určitým sociálním mezníkem. Avšak dítě s postižením potřebuje speciální potřeby, proto umístění do běžné školy může být pro něho zátěží. Preferenčně se však snažíme o integraci (Vágnerová, 1999; Vágnerová, 2008).

V kojeneckém věku mohou mít děti s postižením zvýšenou potřebu po bezpečí a jistotě, protože jejich možnosti v okolí jsou ztíženy. Jsou často ochuzeny o podněty z prostředí. Dítě nemusí být dostatečně stimulováno kvůli rodičům, kteří nevědí, jak s ním zacházet. Kojenecké období provází podnětová deprivace, dítě kvůli svému postižení nepřijímá dostatek podnětů. Nedochází ke zpracování stimulů. Proto je důležitá změna v podobě učení. **Batolecí věk** dítěte s postižením je oproti zdravým dětem složitější v jejich osamostatnění, které je někdy zcela nemožné např. kvůli tělesnému postižení.

Mohou se i bát samostatné lokomoce kvůli zrakovému postižení spojeném s obtížnou orientací v prostoru. Řeč se nemusí rozvíjet, mohou mít problém v porozumění souvislostem. Děti s postižením jsou sociálně nápadné, mohou si uvědomovat, že jsou jiní oproti ostatním. To může mít vliv na jejich identitu (Vágnerová, 2008).

3.1 Zrakové postižení

V **kojeneckém období** dochází k celkovému snížení aktivační úrovně. Dochází tak kvůli nepřítomnosti nebo omezením zrakových podnětů. Dochází k senzorické deprivaci. Musíme tedy dítěti přizpůsobit prostředí, například pomocí pomůcek aktivního učení od speciální pedagožky Lilli Nielsen. V prvních dnech a týdnech jsou důležité jemné dotyky a jiné druhy tělesného kontaktu s dítětem se zrakovým postižením. Vhodné je také dítě pohybově stimulovat, laskavě k němu promlouvat a dělat mu masáže. Záleží dle míry zrakového postižení. Oproti zdravému dítěti dochází k opoždění v některých složkách vývoje. Typickým nedostatkem je kvalita vizuálních podnětů. Proto je důležitá zraková stimulace pro udržení přijatelného stupně aktivační úrovně. Ta může být snižena a dítě se může jevit jako apatické. Jeho reakce na podněty mohou být omezené. V raném věku bývá vývoj senzomotorické inteligence opožděn kvůli sníženému zdroji informací o okolí. Zraková stimulace aktivizuje pohyb. Dítě se zrakovým postižením nemá motivaci k pohybové aktivitě. K postupnému vyrovnání může dojít v batolecím věku. Sluchové podněty na začátku vývoje dítěte nejsou pro dítě natolik zajímavé, nejsou pro něj dostatečnou informací. Ke konci kojeneckého období má význam rozvoj řeči. Na nevidomé dítě je důležité mluvit, přestože nedává odezvu. Řeč nemusí být opožděna. V sociální interakci mohou nastávat problémy, chybí úsměv a projevení gest a mimiky. Ke kontaktu s nevidomým dítětem musíme využívat taktilně-kinestetických a zvukových podnětů. U dětí se zrakovým postižením přetrvává Asymetrický tonický šíjový reflex déle oproti dítěti zdravému. Dítě se zrakovým postižením nemá motivaci ke zvedání hlavičky (Vágnerová, 2008; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

V **batolecím a předškolním věku** se nedostatky z kojeneckého období dítěte se zrakovým postižením většinou vyrovnávají. Jinak je typický průběh vývoje jako u zdravého dítěte. Oproti kojeneckému období nabírá na významu sluch. V podnětném prostředí dochází ke klasickému řečovému vývoji. Děti se zrakovým postižením experimentují v řeči. Poznávání je náročnější, důležitý je detailnější popis míst. Přetrvává

namáhavější senzomotorická aktivita, která je vázána na rozvoj řeči. Rozvíjíme kompenzaci v hmatu, který však nedává stejné informace jako zrak. Neadekvátní podněty spějí k riziku automatismu (kývání, mnutí očí), které slouží jako náhrada stimulací. Zrakové postižení má vliv na chůzi. V batolecím věku dochází k postupné separaci od matky, u tohoto postižení trvá déle. Je i delší negativismus. Zpomalena je socializace, děti se mohou jevit jako autistické, ale je to důsledkem jejich omezené zkušenosti. Nastává u nich malá motivace k navozování kontaktu s lidmi (Vágnerová, 2008; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

Dítě se zrakovým postižením si vytváří náhradní pohybové mechanismy, mají tendenci ke stereotypu. Jsou spíše pasivní, problémy se mohou projevovat v opoždění psychomotorického vývoje. Nedochází k sebeprosazování. Kresba je deformována deficitem ve zrakovém vnímání. U slabozrakých nedávají pozornost na detaily, děti úplně nevidomé spíše mají radost ze skřípotu fixu na papíře, volba barev je náhodná. Lehká zraková vada nemá vliv na vývoj řeči, s těžkým zrakovým postižením však může vážnout. Dochází k verbalismu (používání prázdných pojmů bez pochopení významu). Je důležité jim zprostředkovat okolní svět. Dítěti se musí poskytnout příležitost v prožitcích sluchových, hmatových a čichových, které by mu nahradily zkušenost zrakovou (Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007, Nielsen, 1998).

3.2 Tělesné postižení

V **kojeneckém věku** u dítěte s tělesným postižením nastávají obtíže s poznáváním předmětů, omezená je stimulace a kontakt s prostředím. Závisí vždy na úrovni postižení, pokud má i narušenou hybnost mluvidel, dochází k pozdějšímu rozvoji řeči, pokud nejde o trvalý stav, dochází ke zlepšení psychických funkcí. Nereaguje na matku stejným způsobem. Je více ohrožené emoční deprivací. Je zaznamenána nižší aktivační úroveň, pohybová a taktilně kinestetická aktivita rukou (Vágnerová, 2008).

Pokud se při vývoji v **batolecím a předškolním věku** dítě nemůže samostatně pohybovat, tak je závislé na podnětech nejbližšího prostředí, na lidech, kterému mu jej zprostředkují. Mohou se jevit jako bez zájmu. Může se však rozvíjet řeč v normě, pokud není kombinace s dalším postižením. Separace je obtížná a nedostupná. Zůstává závislé i v pozdějším věku. Projevy negativismu, dítě si začíná uvědomovat svoji osobnost a odlišnost. Jeho obtíže v psychice mohou vyvolávat odmítavé sociální reakce. Kontakt

s dětmi pohybově aktivními bývá čím dál tím vzdálenější. Nedostatek v tělesné oblasti může být kompenzován verbalitou. Rozumové schopnosti mohou být v normě, ale v oblasti sociální dochází k opoždění. Vývoj dítěte s tělesným postižením znamená více zátěže, který může způsobovat úzkostnost těchto dětí. (Vágnerová, 2008).

3.3 Mentální postižení

Většinou se mentální postižení dá diagnostikovat již v **kojeneckém věku**. Setkáváme se s nápadnými poruchami, zaostává vývoj pohybových funkcí, jemné motoriky a senzomotorické koordinace. Projevuje se opoždění psychického i tělesného vývoje na všech úrovních, záleží ale na stupni postižení (Černá a kol., 2008).

V **batolecím věku** bývají výraznější postižení dítěte. Zaostává motorika, těžko si vytvářejí základní hygienické návyky, nemusí mít dovednost sami se najíst. Dochází ke změnám v oblasti chování a prožívání. Řeč může být opožděná a nesprávná (Černá a kol., 2008).

V **předškolním věku** jsou definovány různé poruchy vnímání, uvažování může být sníženo, schopnost komunikace a problémy se mohou objevovat i v navazování sociálních vztahů. Předškolní období se u dětí s mentálním postižením prodlužuje až o pět let (Černá a kol., 2008).

Děti s mentálním postižením preferují stereotyp, kontakt se známými lidmi, kteří se chovají obvyklým způsobem. Obtížněji chápou chování druhých. Přetrvává vazba na matku. Nemají rozvinuty všechny kompetence, které jsou k osamostatňování důležité. Mohou být i typické fyzické projevy. Obtížněji se zařazují do společnosti. V období prenatalním může dojít k vývojovým vadám vedoucí k mentálnímu postižení. Děti s hlubokou mentální retardací lze diagnostikovat v kojeneckém období. Děti s lehčím mentálním postižením jsou méně aktivní a poskytují méně odezvy v sociální interakci. V batolecím období se děti v lehkém pásmu mentální retardace opožďují o přibližný rok a půl, s těžkým stupněm mentální retardace jsou opožděny výrazněji, jsou zcela závislé na druhé osobě. Je důležité stanovit další prognózu dítěte, obzvlášť s nástupem do školního zařízení (Vágnerová, 2008; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

3.4 Sluchové postižení

V **kojeneckém věku** sluchové postižení u dětí není natolik nápadné a viditelné. V prvních měsících jsou důležitější zrakové a taktilně-kinestetické podněty, které jim nechybějí. Dítě začíná klasicky broukat, protože tato aktivita je reflexně vrozená a nezávisí na sluchové zkušenosti. Postupně však projevy ustávají a dítěti chybí zpětná vazba, proto nežvatlá. Nereaguje na zvukové podněty. Ještě se nemusí zdát, že se jedná o sluchovou vadu. Avšak lze sluchovou vadu technicky diagnostikovat velmi brzy díky screeningu sluchu u novorozenců. Musíme začít s vhodnou kompenzací, např. pomocí kompenzačních pomůcek - sluchadlo. Ale i augmentativní a alternativní komunikaci jako např. znakovou řeč či orální řeč. Tím lze zabránit opoždění v oblasti psychického vývoje. Oční kontakt vzájemně s matkou je důležitý. Pohybový vývoj probíhá normálně, v tomto věku se jeví jako zcela zdravé, protože se sluchová vada zjišťuje většinou až později (Vágnerová, 2008).

V **batolecím a předškolním věku** provází sluchovou vadu opoždění v řeči, která ovlivňuje rozvoj v dalších oblastech. Míra informovanosti je omezenější, protože mohou vnímat jenom to, co vidí nebo vnímají hmatem. Opoždění v oblasti dění, vztahů a reality. Omezení komunikace, problém s porozuměním druhým ale i vyjádření vlastních pocitů. Dítě se tak může cítit frustrované a deprimované. Bude i méně reagovat. Vydávání hrdelních zvuků jako projev nelibosti. Ke konci batolecího a předškolního období by mělo dojít k osamostatňování. Mohou mít narušenou jemnou motoriku a motoriku mluvidel. Dítě se sluchovým postižením nemůže kontrolovat svůj verbální projev sluchově (Vágnerová, 2008).

3.5 Kombinované postižení

Při kombinovaném postižení se jednotlivé vady daného postižení násobí a ještě více tak zabraňuje dítěti v jeho fungování. Jako kombinované postižení se označuje takové postižení, kde se vyskytují dva a více druhů postižení. Jedná se o kombinace různých druhů, forem a stupňů postižení. Můžeme sem řadit hluchoslepotu, DMO, či různé kombinace mentálního, tělesného a smyslového postižení. Opožděný vývoj se vždy projevuje v závislosti ke kombinaci daného postižení. Dítě s kombinovaným postižením může mít nedostatek sociálních dovedností s uvědoměním svého „Já“, neudržení zrakového kontaktu, někdy může docházet i ke špatné mobilitě. Mohou mít také sníženou

paměť, potřebu stereotypů, pasivity, opožděný rozvoj myšlení a narušený vývoj řeči. Je důležité dítěti s kombinovaným postižením poskytovat péči v rámci specializovaných středisek rané péče (i jejich souběžnou péči) (Kunhartová, © 2012).

Ukázali jsme si, že vývoj dítěte s postižením prochází stejnými fázemi, jako je tomu u dítěte zdravého, ale jeho postižení ho může v určitých dovednostech limitovat. Pro reedukaci odchylek pomáhá raná intervence jako účinná podpora při ohrožení vývoje dítěte.

3.6 Raná intervence jako podpora dětí s postižením

Termínem **raná péče** myslíme službu upravenou v České republice v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., která nabízí rodinám dětí s postižením různé formy podpory a to jak pro dítě s postižením, tak pro rodiče a rodinu jako systém. Služba rané péče vytváří vhodné postupy a metody, jak rozvíjet dítě se specifickými potřebami a zároveň směřovat tyto plány rozvoje také do budoucna. Raná péče je zahrnuta v typologii sociálních služeb v ČR jako služba preventivní: „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“ (Zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů © AION CS 2010-2015). Sdělení, že narozené dítě má určité zdravotní postižení, je pro rodiče traumatizující záležitost. Informace předávají rodině lékaři, pediatři či další odborníci, kteří by měli také umět odkázat na službu rané péče, která se snaží provádět depistáž klientů již v porodnicích. Zažádat o službu si musí klienti sami. Služby rané péče jsou poskytovány od zjištění rizika nebo postižení až po nástup do školského zařízení. Na službu rané péče je všeobecně nazíráno jako na systém propojení odborníků (rodiče, lékaři, terapeuti, psychologové, pedagogové), kteří pracují odděleně, ale přesto ve spolupráci (Opatřilová, Nováková, 2012; Květoňová-Švecová, 2004).

Dle odbornice na ranou péči Mgr. Hradilkové: „*...Je někdy používán termín raná péče jako synonymum k termínu raná intervence. Ale termín raná intervence je spíše obecnější, raná péče pak konkrétně znamená sociální službu vymezenou zákonem v České republice...*“. Ve své bakalářské práci zahrnuji celkově metody rané intervence, protože některé z metod jsou používány i mimo sociální službu raná péče.

Termínem **raná intervence** se rozumí systém služeb a programů, poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Cílem je odhalování postižení, prevence postižení a stimulace vývoje. Důležitá je co nejčasnější péče a podpora dítěte. Jestliže se promešká období prvních let života dítěte a neposkytne se mu vhodná podpora v jeho vývoji, je v pozdějším věku obtížné situaci napravit. Důležitá je raná stimulace. Raná podpora zahrnuje různá opatření, směřující k vývoji osobnosti, jako např. intervence, aktivity a speciální edukace. Dává psychickou podporu pro rodiče při zvládání zátěže a vyrovnání se situací narození dítěte s postižením (Opatřilová, Nováková, 2012; Květoňová-Švecová, 2004).

Termín raná intervence vychází z anglického early intervention, nazývá se též ranou podporou či ranou výchovou. Těžiště práce je v poradenství rodičům a podpoře dítěte, které jsou ve vzájemném spojení. Realizace rané podpory se v různých zemích liší (Opatřilová, Nováková, 2012; Květoňová-Švecová, 2004). „...*V některých zemích raná intervence znamená provádění stimulace a zdravotní péče v nemocnicích, mateřských školách a integrovaných mateřských školách pro děti s postižením nebo těm jejichž vývoj je opožděn do 6. roku života. V jiných zemích znamená raná intervence poskytování dalších specializovaných zařízení, která nabízejí pomoc pro děti a rodiče...*“ (Helios, 1996).

Poradci rané péče jsou kvalifikovaní pracovníci středisek rané péče, (vzděláním speciální pedagog, fyzioterapeut, psycholog), kteří jsou klíčovými pracovníky pro konkrétní rodiny - klienty rané péče. Zajišťují pro danou rodinu podporu rodiny, programy podpory vývoje dítěte a provází rodinu v jednání s dalšími institucemi. Také pomáhají zjistit jaké pomůcky, hračky jsou pro dítě nejvhodnější. Důležitým členem týmu a největším pomocníkem dítěte je rodič, který dítěti pomáhá zajistit vhodné podněty a upravuje prostředí. Důležitá je proto spolupráce odborníků s rodiči. Služba rané péče poskytuje služby převážně v terénu, v domácím prostředí dítěte. Konzultace probíhají zpravidla jednou, dvakrát za měsíc. Dále raná péče provádí doprovázení rodičů, vypracování zpráv, nabízí setkávání se s jinými rodiči na seminářích a dílnách. Většina poskytovatelů nabízí rodičům půjčovnu speciálních pomůcek a hraček: Rodič si tak před koupením pomůcky může vyzkoušet, jak funguje a rozhodnout se pro správnou variantu. Někteří zřizovatelé rané péče distribuují pro rodiče vlastní informační časopis. Poradci během konzultací jednak pracují se samotným dítětem, a jednak také hovoří s rodiči a poskytují jim různé druhy poradenství - sociální, výchovné, speciální.... Nabízejí nápady,

jak dítě stimulovat, hrát si s ním a cvičit. Upravují prostředí a okolí, kde dítě přebývá (Opatřilová, Nováková, 2012; Květoňová-Švecová, 2004; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007).

Zkušenost s ranou péčí nám může doložit výpověď maminky dítěte s postižením: „...*Od Rané péče máme možnost i zapůjčení stimulačních pomůcek - sklopná deska (ta je potřebná při čtení, psaní, prohlížení knížek), dále různé zvukové hračky, hračky pro motoriku - labyrinty, vkládačky, lepící sešity, - všechno jsme využili. Raná péče pořádá pro rodiny s dětmi, které mají zrakové či kombinované postižení také různé akce - prodloužené víkendy, dětská odpoledne, muzikoterapie, atd., kde si společně při těchto setkáních s ostatními rodinami vyměňujeme zkušenosti, rady, návody. Služby Rané péče využíváme na maximum, je to do 7. let věku dítěte, takže nás čeká ještě 1,5 roku společné práce. Pak budeme spolupracovat se Speciálním pedagogickým centrem pro zrakově postižené v Olomouci.*“ (maminka dítěte s kombinovaným postižením).

Důležitým úkolem služby raná péče je také pomoc při vyhledání následného vzdělávacího programu, péče či zařízení. Je třeba zajistit, aby dítě mělo možnost být se stejně starými vrstevníky, učit se od nich sociálními interakcím a odpoutat se od rodičů stejně, jako jeho vrstevníci.

3.7 Vybraní poskytovatelé rané péče se sídlem v regionu hl. m. Praha

Dle registru poskytovatelů sociálních služeb poskytuje služby rané péče na území Prahy současně 7 středisek rané péče. Na Obr. 5 a Tabulce č. 1 si ukážeme působnost poskytovatelů pražských středisek. Poskytovatelé rané péče pokrývají celou Českou republiku. První pracoviště rané péče vznikala od roku 1990 a neustále jejich počet narůstá. Ve většině případů jsou to nestátní neziskové organizace. Každé středisko má vymezenou cílovou skupinu, pro kterou služby poskytuje a území, kam poradci rané péče dojíždí. Všechny se však zaměřují na cílovou skupinu dětí, u nichž je ohrožen vývoj a zaměřují se také na prenatální vývoj a depistáž klientů. Formy služeb poskytují střediska ambulantně i terénně (75%), dále poskytují půjčovnu hraček, literatury, setkávání rodičů, pořádání seminářů a některá střediska rané péče vydávají časopisy pro rodiče. Střediska rané péče jsou financovány z největší části státem, dále z činnosti středisek, z dotací a příspěvků. Pro klienty je služba poskytována zdarma (Registr poskytovatelů sociálních

služeb, [b.r.]; Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007; Doskočilová a spol., 2012; Zákon o sociálních službách, 2006).

Při odborných praxích na střediscích Společnosti pro ranou péči, o.s. a Rané péče EDA, o.p.s. jsem mohla vidět a zúčastnit se jak ambulantní práce na střediscích, tak terénní práce v rodinách, seminářů pro rodiče, workshopů pro mládež a charitativní sbírky.

Dle registru poskytovatelů sociálních služeb (2015) nabízejí službu rané péče v regionu Prahy tyto poskytovatelé:

- Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy, o.s.
- Diakonie ČCE - Středisko Ratolest v Praze 10
- Středisko v Praze 5 Stodůlkách
- Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha
- Kolpingova rodina Smečno - Středisko rané péče Slaný
- Raná péče EDA, o.p.s.
- Společnost pro ranou péči o.s. - pracoviště Praha

(Ještě do roku 2014 se mezi poskytovatele rané péče v Praze řadilo soukromé občanské sdružení LOGO, Karlovo náměstí. V Praze byla činnost ukončena k 31. 3. 2014 kvůli nedostatku dotací, sdružení zde má již pouze sídlo.)

Jednotlivý poskytovatelé rané péče v Praze podrobněji:

Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy, o.s.

Adresa: APLA Praha, Střední Čechy, o.s., Brunnerova 1011/3, Praha 17 – Řepy, 163 00

Vznik: 2003

Cílová skupina: děti s poruchou autistického spektra

Působnost: Hlavní město Praha, Středočeský kraj a část Ústeckého kraje vymezený správními obvody obcí s rozšířenou působností Louny, Žatec, Litoměřice, Roudnice nad Labem a Lovosice

Speciální metody: rozhovor, strukturované učení, vizualizace, aplikovaná behaviorální analýza, videotrénink interakcí

(Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]; Raná péče, © 2011 APLA Praha)

Diakonie ČCE - středisko Ratolest v Praze 10

Adresa: Saratovská 159, 100 00 Praha 10 - Strašnice

Vznik: 2003

Cílová skupina: děti s mentálním, pohybovým nebo kombinovaným postižením

Působnost: Hlavní město Praha

Speciální metody: program podpory rodiny, podpory vývoje dítěte, Portage, krizová intervence, speciální hračky

(Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]; Raná péče, © 2015 VIZUS)

Diakonie ČCE- Středisko v Praze 5 Stodůlkách

Adresa: Vlachova 1502/20, 155 00, Praha 5 - Stodůlky

Vznik: 2003

Cílová skupina: děti s mentálním, pohybovým, příp. kombinovaným postižením

Působnost: Hlavní město Praha, Středočeský kraj, Plzeňský kraj, Ústecký kraj

Speciální metody: Portage, provázení, bazální stimulace, Makaton

(Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.])

Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s.

Středisko rané péče Tamtam Praha

Adresa: Hábova 1571/22, 155 00 Praha 5 - Stodůlky

Vznik: 1990

Cílová skupina: děti se sluchovým nebo kombinovaným postižením

Působnost: Hlavní město Praha, Středočeský kraj, Plzeňský kraj, Jihočeský kraj, Pardubický kraj, Královéhradecký kraj, Liberecký kraj, Ústecký kraj, Karlovarský kraj

Speciální metody: práce s rodinou, rodinná anamnéza, krizová intervence, poradenský rozhovor, zrková a sluchová percepce, rozvoj komunikace - stimulace sluchu, znakový jazyk, rozvoj mluvené řeči, Portage, počítačové programy

(Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]; Centrum pro dětský sluch Tamtam, o. p. s., © 2013 Tamtam Praha)

Kolpingova rodina Smečno**Středisko rané péče Slaný**

Adresa: Wilsonova 546, 274 01 Slaný

Vznik: 2002

Cílová skupina: děti s mentálním, smyslovým a pohybovým postižením, kombinovanými vadami, ADHD, rodinám s dětmi s nerovnoměrným vývojem a předčasně narozeným, děti s onemocněním Spinální muskulární atrofie

Působnost: celorepubliková

Speciální metody: poradenství, pomůcky, doprovázení

(Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]; Služba raná péče, © 2015 VIZUS)

Raná péče EDA, o.p.s.

Adresa: Trojická 2/387, 128 00 Praha 2

Vznik: 2011

Cílová skupina: děti se zrakovým nebo zrakovým a kombinovaným postižením

Působnost: Hlavní město Praha, Středočeský kraj, Ústecký kraj (okresy Chomutov, Litoměřice, Louny, Most, Teplice, Ústí nad Labem), Pardubický kraj (okresy Chrudim, Pardubice, Svitavy)

Speciální metody: stimulace zraku, Ipad

(Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]; Raná péče EDA, o. p. s.,[b.r.]

Společnost pro ranou péči o.s.**Pracoviště Praha**

Adresa: Klimentská 2, 110 00 Praha 1

Vznik: 1997

Cílová skupina: dítě se zrakovým nebo i s kombinovaným postižením

Působnost: Hlavní město Praha, Středočeský kraj, Karlovarský kraj

Speciální metody: „provázení“, aktivní učení Lili Nielsen, zraková stimulace

(Registr poskytovatelů sociálních služeb, [b.r.]; Společnost pro ranou péči, © SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI)



Obrázek č. 5: „Mapa další regionální působnosti poskytovatelů rané péče v Praze“

Zdroj: Vlastní obrázek

Celá republika	Kolpingova rodina Smečno - Středisko rané péče Slaný
Praha	Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy, o.s. Diakonie ČCE- středisko Ratolest v Praze 10 Diakonie ČCE- Středisko v Praze 5 Stodůlkách Raná péče EDA, o.p.s. Společnost pro ranou péči o.s. - Pracoviště Praha Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha
Středočeský kraj	Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy, o.s. Diakonie ČCE- Středisko v Praze 5 Stodůlkách Raná péče EDA, o.p.s. Společnost pro ranou péči o.s. - Pracoviště Praha Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha
Jihočeský kraj	Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha
Plzeňský kraj	Diakonie ČCE- Středisko v Praze 5 Stodůlkách Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha
Karlovarský kraj	Společnost pro ranou péči o.s. - Pracoviště Praha Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha
Ústecký kraj	Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy, o.s. Diakonie ČCE- Středisko v Praze 5 Stodůlkách Raná péče EDA, o.p.s. Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha
Liberecký kraj	Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha
Královéhradecký kraj	Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha
Pardubický kraj	Raná péče EDA, o.p.s. Federace rodičů a přátel sluchově postižených o.s. - Středisko rané péče Tamtam Praha

Tabulka č. 1: „Tabulka působení rané péče na území české republiky“

Zdroj: Vlastní tabulka

Poskytovatelé rané péče v ČR používají v rámci poskytování služby rané péče různé metody podpory rodiny, podpory vývoje dítěte a osvěty, z nichž některé jsou specifické jen pro určitou cílovou skupinu, jiné jsou obecné a používají je všechny střediska.

V následující kapitole předkládám výběr z těch metod, které mají společný cíl v posílení rodiny a jsou nejčastěji využívány jako specifické pro děti s určitým postižením. Metody, které zmiňuji, jsou současně využívány v programech rané intervence v zahraničí.

4 Vybrané metody rané intervence

4.1 Metoda aktivního učení Lilli Nielsen

Dánská speciální pedagožka doktorka Lilli Nielsen měla mnohaleté zkušenosti s dětmi se zrakovým postižením. Působila jako speciální výchovná poradkyně v Refsnaesskolen v Národním institutu pro nevidomé a zrakově postižené děti a mládež v Dánsku (Lilli Works, ©2014). Zabývala se psychologií u předškolních dětí. Je známá především svými přednáškami a publikacemi, kde se zaměřuje na děti se zrakovým a kombinovaným postižením. Její metoda aktivního učení Active learning přinesla nejenom možnosti, jak pracovat v různých situacích s dítětem se zrakovým postižením, ale také i řadu pomůcek usnadňujících vzdělávání (Shafer, ©2010, Nielsenová, 1998; Nielsen, 1977; Lilli Works Product Catalog, [b.r.]).

Představíme si metodu aktivního učení a podporující pomůcky.

Cílová skupina

Metoda aktivního učení se využívá v rané péči, v rehabilitaci a edukačním procesu dětí zdravých i handicapovaných. Především je určena pro děti s těžkým zrakovým či kombinovaným postižením. Předpokladem pro učení je poskytnutí příležitosti, že se dítě může hýbat a jeho předměty jsou mu v dosahu, dokud není samo pohyblivé. Tyto zážitky by mělo dítě sdílet s druhými, aby byli ve vzájemném kontaktu. Metoda aktivního učení se využívá v rané péči, v rehabilitaci a edukačním procesu dětí zdravých i handicapovaných

Použití metody

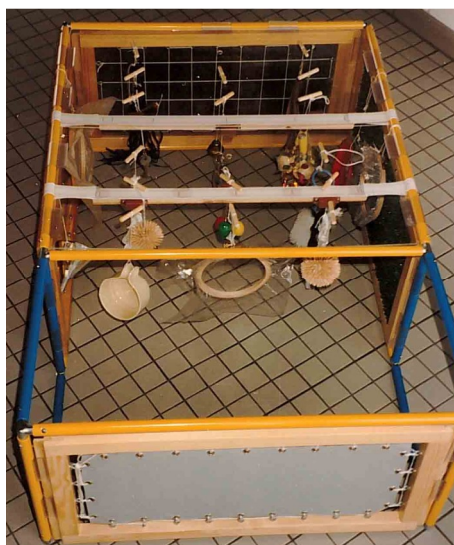
Přístup aktivního učení poskytuje dítěti příležitost, aby aktivně a samostatně věci prozkoumávalo. Tím si osvojuje dovednosti. Je důležité vést ruku dítěte co nejméně, aby se u něj rozvíjela samostatnost. Děti chtějí samy prozkoumávat předměty a hmatat na ně. Pouze to, co se naučí samy, se stane součástí jejich osobnosti. Pohyby se tak pro ně mohou stát přirozené, budou reagovat i na výchovné působení a stanou se nezávislá. Musíme nechat dítě, aby se základní kroky dané činnosti naučilo co nejvíce samo (Nielsenová, 1998).

Při používání metody aktivního učení je důležité vycházet z vědomostí o vývoji zdravého jedince a procesu učení. Musíme nechat děti mít kontrolu sami nad sebou. Při hraní s dítětem je důležité, aby zprvu prozkoumalo objekt samo než mu ho začít ukazovat

jak ho používat. Pro motivaci pohybů rukou se nad kolíbkou dítěte zavěšují předměty tak, aby dítě na ně mohlo dosáhnout. U dítěte se zrakovým postižením musíme předměty ještě přiblížit, aby o ně dítě zavadilo a zjistilo, že předměty vydávají zvuky. Může se využít zmačkaný pergamenový papír, svazek slámy, proužky papíru, kroužek s klíči či vibrující předmět. Používají se různé povrchy jako látkový pytlík naplněný rýží, hráškem. Zvuky nemusí být hlasité, nevidomým dětem stačí velmi jemné zvuky (Nielsenová, 1998; Lilli Works Product Catalog, [b.r.]; Shafer, ©2010; Nielsen, 1977).

Pomůcky

Lilli Nielsen vymyslela několik **pomůcek** podporujících aktivní účast dětí se zrakovým postižením v jejich přirozeném prostředí. Je důležité toto prostředí uzpůsobit tak, aby se v něm mohlo dítě rozvíjet. Proto doktorka Nielsen vymyslela **pokojíček Little Room**. Malý pokoj je složen z kovového rámu, třech bočních stěn a stropu z plexiskla. Na vnitřních stranách stěn jsou připevněny věci pro rozvíjení hmatu, většinou předměty denní potřeby (kartáče, drátěnky, míchadla apod.) či umístěn různý materiál např. ze dřeva. Je vhodné na stěny umístit barvy podporující stimulaci zraku. Na stropě jsou zavěšené věci, které po rozpohybování vydávají různé zvuky. Předměty mohou být umístěny také na rezonanční desce, která usnadňuje vnímání vlastního těla a pohybu. Na ni se mohou umístit předměty poskytující dětem zajímavou zpětnou vazbu. Je důležité mít předměty pravidelně rozmístěné kvůli automatickým pohybům dítěte, které máme za cíl vyvinout od náhodných až po uvědomělé. Pokojíček usnadňuje dítěti vnímání prostoru a motivuje ho k pohybu. Eliminuje téměř všechny zvuky z okolí a tím se může dítě soustředit na ozvěnu zvuků z předmětů, které samo uvádí v pohyb. Veškeré vyprodukované zvuky jsou zesíleny díky rezonanční desce. Dítě si pomocí této pomůcky zlepšuje hmatovou, sluchovou, prostorovou a zrakovou orientaci. Doktorka Nielsen říká [b.r.]: *“Pokud dítě nemůže jít do pokoje, pokoj musí přijít k dítěti”*. Pokojíček se dá zapůjčit ve střediscích rané péče.



Obrázek č. 6: „Little Room“

Zdroj: <http://www.ssc.education.ed.ac.uk/library/idebanken/idebanken155.jpg>, 15:20, 1. února 2015

Support Bench (podpůrná lavice) se využívá pro děti, které sami ještě nedokážou sedět. Dítě leží v poloze na břiše na desce, která je umístěná v dostatečné výšce nad podlahou, aby dítě mohlo volně pohybovat rukama. Je často používána dohromady s rezonanční deskou (na zemi) a pružinovou deskou (na nohách dítěte). Podpůrná lavice se musí používat společně s předměty umístěnými na rezonanční desce. Podpůrná lavice je vhodná jak pro děti, tak pro dospělé. Její poloha je vodorovná, ale i šikmá.



Obrázek č. 7: „Support Bench“

Zdroj: <http://www.ssc.education.ed.ac.uk/library/idebanken/idebanken80.jpg>, 15:30, 1. února 2015

Essef Board (pružinová deska). Skrze ní je vyvíjen velký tlak na dítě, povzbuzuje k vykonávání pohybů nohama, které zároveň posiluje. Je vybavena buď čtyřmi či šesti pružinami, záleží na potřebě konkrétního dítěte. Může být umístěna vodorovně na podlaze

či zavěšena na zeď. Můžeme na ni umístit různé předměty stimulující hmat a sluch. Kombinujeme společně s podpůrnou lavicí. Pomáhá dítěti zapojit dolní část těla a dítě tak může cítit vibrace.



Obrázek č. 8: „EssefBoard“

Zdroj: <http://www.lilliworks.org/wp-content/uploads/LilliWorks-Product-Catalog-V07-3.pdf>, 15:35, 1. února 2015

Sound Box (hrací skříňka) je krabice, v níž je uložen magnetofon s různými nahrávkami hudby či hlasů. Dítě si ji může samo ovládat. Můžeme ji dítěti dát pod hlavu, ruce či chodidla, aby cítilo vibrace. Dítě se po zapnutí hrací skříňky učí, že jeho aktivita přináší důsledek vyprodukování zvuků a vibrací.

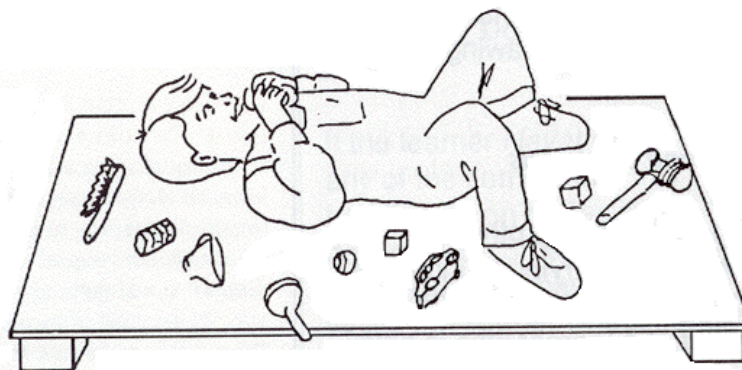
Tipping Board (sklopná deska) usnadňuje dítěti natahovat se po předmětech, které vidí a může je rozezvučit po jejich rozpohybování. Jedna strana desky je zlatá, druhá žlutá. Pro každé dítě je každá strana stimulující jinak. Některé děti mají rády bílé pozadí.

Activity Book (manipulační knížka) má být před dítě postavena tak, aby se stránky daly lehce obracet a obrázky ho vedly k aktivitě. Dítě má za úkol na manipulační knížce něco odstranit, přemístit, dát dohromady nebo zmáčknout. Musíme mu dát příležitost, aby používalo zrak i hmat.

Scratching Board (hmatová deska), Sensitar (brnkací deska), Harp (harfíčka) povzbuzují dítě, aby začalo pohybovat prsty a aby škrábáním prozkoumávalo povrch určitých materiálů.

Poten (houpací síť) můžeme využít ke klasickému houpání, ale používat i tak, aby se dítě houpalo samo, kdy přidáme k houpací síti pružinovou desku, od které se může odrážet. Tím posiluje svalstvo dolních končetin.

Resonance Board (rezonanční deska) slouží jako mezník mezi podlahou a dítětem, takže dítě nemůže od podlahy nastydnout. Dítě získává daleko větší sluchovou odezvu díky její izolaci. Rezonanční deska je pružná, tím usnadňuje dítěti hybnost. Při umístění předmětů na rezonanční desku zapříčiní vykonávání úmyslných pohybů.



Obrázek č. 9: „Resonance Board“

Zdroj: <http://www.ssc.education.ed.ac.uk/resources/vi&multi/vfdh/vfdch6s5.html>, 15:45, 1. února 2015

Buncher (gumička s knoflíky) je sestavena ze tří kusů: z prádlové gumy a ze dvou knoflíků. Gumička s knoflíky pomáhá připevnit předmět dítěti k ruce tak, že ho hned neztratí, ale dokáže se ho i zbavit. Nevidomé děti nemohou zvednout věci, které upustili na zem. Opakováním uchopení a držení předmětu mu pomáhá zlepšit jemnou motoriku horních končetin. Gumička s knoflíky se dá využít i při jídle, kdy dítě může samo držet lžici.

Velcro Vest (vesta se suchým zipem) je vesta, na jejíž přední straně je našitý suchý zip. Na jeho proužky jsou připevněny různé hračky a materiály k prozkoumání. Dítě tak používá ruce a prsty když si vybírá, zda si s hračkou bude hrát či ne.

Low Table (nízký stolek) je určen pro děti, které mají problém natáhnout se pro předměty a ztrácí přitom rovnováhu. Můžeme mu pomoci posazením k nízkému stolku, který má těsně pod nohama. Na stolku jsou umístěny proužky suchého zipu, kde jsou přivázány předměty na dírkovanou desku, se kterými si dítě může hrát.

Position Board (dírkovaná deska). K dírkované desce je přivázáno množství různých předmětů pomocí gumy nebo jiným způsobem. Je stavěna na stolek usnadňující dítěti hledání předmětů. Když dítě předmět upustí, má možnost zopakovat danou činnost (Shafer, ©2010; Rehabilitační pomůcky, 2009; Lilli Works Product Catalog, [b.r.]; Nielsenová, 1998).

Metoda aktivního učení Lilli Nielsen je oblíbená u poradců rané péče, umožňuje komplexní přístup k dětem. Je oblíbená také u rodičů, protože všechny navrhované pomůcky si mohou opatřit z běžných předmětů domácnosti. Postupy nepotřebují permanentní pozornost rodiče, neboť jsou zaměřeny na aktivitu a samostatnost dítěte (odbornice na ranou péči Mgr. Hradilková).

4.2 Ipad

Technické zařízení a pomůcky jsou na vzestupu, staly se už i oblíbenou součástí dětského světa (Jelínková, ©2015). Odbornice na ranou péči Mgr. Hradilková vidí zároveň velký přínos pro děti s postižením, které se tak mohou vyrovnat ostatním dětem. Je to i velká šance pro zainteresování tatínků a jejich vklad a přínos do výchovy.

Cílová skupina

Ipad je multimediální počítač vyprodukovaný společností Apple typu tablet. Tablet je přenosný počítač ve tvaru desky s integrovanou dotykovou obrazovkou. Ipad využívají jak děti zdravé, ale je také vhodnou pomůckou pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Především je vhodný pro děti se zrakovým postižením jako pomocník při reedukaci zraku. Podporuje vývoj dětí z hlediska řečového, motorického, mentálního nebo jiného vývojového postižení, kdy mají ztíženou komunikaci s okolím. Ve školách se používá jako doplněk k vyučování, neměl by se používat jako náhrada (Jelínková, ©2015; PROČ IPAD?, © 2012; iPad,[b.r.]; ©; iSEN - Využití iPad, iPod Touch a iPhone v rozvoji a komunikaci dětí se speciálními potřebami, [b.r.]).

Použití metody

Děti se prostřednictvím tabletu učí školu hrou. Tablet se používá jako elektronická kniha pracující s různými multimediálními formáty jako jsou časopisy, knihy, učebnice, fotografie, videa, hudba, videohry a jiné. Dají se na něj nahrát různé specializované vzdělávací aplikace, které zohledňují individuální potřeby dětí poutavým způsobem bez ohledu na jejich styl učení. Děti tak objevují nové předměty, rozvíjí se jejich kreativita. Dítě je v interakci s daným předmětem, učitel může přímo zadávat úkoly či nechat dítě pracovat samostatně (PROČ IPAD?, © 2012; iPad, [b.r.]; iSEN - Využití iPad, iPod Touch a iPhone v rozvoji a komunikaci dětí se speciálními potřebami, [b.r.]).

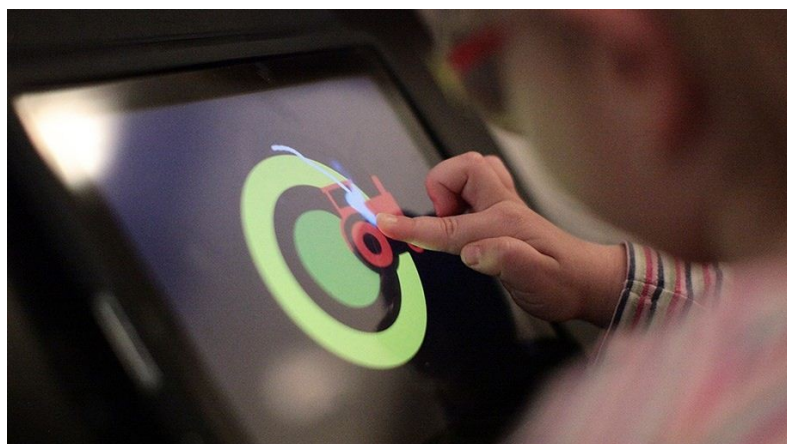
Jednou z těchto technologických aplikací je **Eda play** Rané péče Eda z roku 2013. Je interaktivní hrou, která motivuje dítě ke sledování děje na displeji tabletu, kde plní různé vizuální a zvukové úkoly. Zaměřuje se na zlepšení koordinace ruka-oko a pohybu. Rodiče mohou dítěti nastavit různé obrázky, funkce, kontrast a velikost. Jsou zde 4 úrovně zrakové náročnosti dle zrakových dovedností dítěte, od nejjednodušší zrakové náročnosti až po nejobtížnější, kdy vidí obrázek v obrysech. Dítě sleduje děj na displeji tabletu a v jednotlivých sekcích plní úkoly pouhým dotykem na displej iPadu. Úkoly jsou vizuálně a zvukově zpracovány a tím pomáhá zlepšovat stav dětí pomocí her. Rodiče i terapeuti mohou sledovat vývoj dítěte a pomoci zlepšit jeho život. Aplikace je dostupná jak v české, tak v anglické verzi. Výukové úkoly jsou doplněny slovním komentářem. Musí probíhat vzájemná spolupráce učitele a dítěte nad obrázky. Slouží ke stimulaci zraku a zlepšuje jemnou motoriku. Aplikace byla testována dětmi, které jsou klienty rané péče EDA (EDA Play AppReview, ©2006-2015; 12 pro 12 - Aplikace EDA PLAY, [b.r.]; Aplikace EDA PLAY trénuje dětské oči a zručnost, © 2014; PROČ Edaplay, 2013 ©; Janeček, ©2013; Eda play, 2013 © Raná péče EDA).

Nyní, k roku 2015, je tedy v provozu 2 roky. Celkem za tu dobu bylo staženo 1580 ks aplikace Eda play. Největší zastoupení prodeje aplikace nám ukazuje tabulka č. 2. Klienti si žádají přes nadaci Světluška o dotaci na pořízení tabletu sami, ve vyplnění žádosti a napsání doporučení jim pomáhá Raná péče EDA o.p.s. K běžné práci s klienty se vyjadřují pracovníce rané péče Edy o.p.s.: „*Tablet je pro ně přínosná pomůcka, co může reagovat místo člověka - může přinést prostředek motivovat děti něco dělat, reagovat, vychovatelky byly nadšené, když dítě chtělo něco dělat, že dítě chce*” (pracovnice rané péče, EDA o.p.s.).

Místo	2013	2014	Celkově
USA a Kanada	402	326	728
Evropa	445	251	696
Asijský Pacifik	79	31	110
Afrika, Střední Východ a Indie	44	4	48
Latinská Amerika a Karibik	2	3	5
Celkově	972	615	1587

Tabulka č. 2: „Prodeje aplikace Eda play v různých zemích“

Zdroj: Pracovnice Rané péče EDA o.p.s.



Obrázek č. 10: „Aplikace EDA PLAY“

Zdroj: <http://www.edaplay.cz/data/gal/slider-photo3/920x513xcp/img.jpg>, 16:07, 2. únor 2015

Praktické zkušenosti

Ipad je přínosný např. u dětí, které nemluví, ale baví je hraní na Ipadu. Naučili se jej dotýkat a rodiče mohou předvést dětem, jak a s čím se dá zacházet a velmi rychle chápou jeho princip. Příběh maminky dítěte s postižením nám v praktické ukázce dokládá jeho užitečnost.

„Dcera využívá Tablet, trénuje si na něm jednak ten zrak a hlavně i jemnou motoriku, kterou má postiženou. Převážně aplikace, kdy musí jakoby něco uchopovat a přenášet. Má spoustu aplikací na koordinaci oko-ruka a řekla bych, že Tablet je pro stimulaci zraku opravdu nejvhodnější, i proto, že je pro ni zábavnou formou stimulace. Dcera má i iPad - na ten nám byl poskytnut finanční příspěvek od nadačního fondu pro zrakově postižené - SVĚTLUŠKA, ale ten moc využívat nechce, i když je výkonnější, má

jasnější barvy - doted' jsme nezjistili, proč má raději Tablet, snad proto, že to byl dárek od Ježíška, takže každý den pracuje na Tablet.“ (maminka dítěte s kombinovaným postižením).

4.3 Zraková stimulace

Stimulace zraku a zrakový výcvik jsou podpůrným programem rozvoje zrakových funkcí dítěte a je součástí poradenských programů středisek rané péče pro rodiny dětí se zrakovým (případně i dalším) postižením. Obě metody se zaměřují na rozvoj zrakového vnímání. V některých publikacích se uvádí termín zraková stimulace jako nadřazený pojem zrakového výcviku. Přesněji je ale stimulace zraku spíše pasivní metodou, kdy je dítěti zajišťován dostatečný počet zesílených či strukturovaných podnětů v takové intenzitě, kterou dítě je schopno zaznamenat a reagovat na ni. Naproti tomu je zrakový výcvik již zaměřen na správnou reaktivitu, opakování a cvičení zrakových funkcí, tedy počítá již s aktivní účastí dítěte. Rodiče mají být podporováni a učeni, jak provádět aktivity stimulace zraku s dítětem. Je nutná spolupráce rodiny, lékaře, oftalmologa a speciálního pedagoga. Provádí se u dětí se zachovalým světlocitem (Švecová-Květoňová, 2004; Opatřilová, Nováková, 2012; Gringhuis, Moonen, Woudenberg, 2002; Zrakové terapie, [b.r.]).

Ukážeme si mezi termíny stimulace zraku a zrakovým výcvikem rozdíl a také důležitou součást zrakové stimulace: úpravu prostředí.

Zraková stimulace

V dnešní terminologii se dle odbornice na ranou péči Mgr. Hradilkové užívá pojmu stimulace zraku pro přísun adekvátních (kvalitativně i kvantitativně) zrakových podnětů ze strany rodičů či odborníků pro dítě s poruchou zrakových funkcí, která dítěti zabraňuje si je získat běžným a mimovolným způsobem.

Pozornost odborníků i rodičů na termín zraková stimulace přivedla jako první v České republice PaedDr. Markéta Skalická ze Střediska rané péče pro rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením v Praze (v roce 1992, provozované Českou unií nevidomých a slabozrakých). V tomto tisíciletí je program stimulace zraku či zrakového výcviku již součástí nabídky většiny poradenských zařízení pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. Zraková stimulace je metoda usilující o

maximální rozvoj zrakového vnímání. Snaží se rozvinout to, co se u dětí ve zraku zachovalo. Pokud nedochází k podpoře zachovalého zraku, může nastat zhoršení zrakových funkcí. Je to metoda, prostřednictvím jejíhož pasivního působení dochází k rozvíjení zachovalého vidění dítěte formou hry. Hra spočívá v souboru technik a metod postupů jak zrakovou stimulaci provádět. Na této metodě je zajímavé, že k ní nejsou potřeba žádná drahá a specializovaná zařízení, a je tak snadno realizovatelná. Další její předností je využití i u dětí s těžkým postižením. Děti jsou pouze pasivním příjemcem, není zapotřebí aktivní účast. Na začátku je důležité stanovit individuální program zrakové stimulace. Z provádění zrakové stimulace se uskutečňuje záznam. Ten zachycuje longitudinální pozorování sloužící k diagnostice dítěte, zachycení zrakové percepce, motoriky, grafomotoriky a úrovně myšlení (Švecová-Květoňová, 2004; Opatřilová, Nováková, 2012; Gringhuis, Moonen, Woudenberg, 2002; Zrakové terapie, [b.r.]).

Zrakový výcvik

Zrakový výcvik je nácvik uvědomělého aktivního využívání zachovaných zrakových schopností. Například schopnost užívat zrak při orientaci v prostoru, pro komunikaci a vytváření zrakových představ. Náplň herních situací je stejná jako u vidících dětí, ale zraková informace musí být daleko zřetelnější a kontrastnější (Opatřilová, Nováková, 2012).

Zrakový výcvik se dle Opatřilové, Novákové (2012) in Skalická (1998) dělí na jednotlivé fáze učení:

Fáze motivační - využití jakéhokoli podnětu, pro dítě známého, postupné spojení s vizuálním podnětem

Fáze uvědomění - předkládání zrakových podnětů až k jejich uvědomění

Fáze lokalizace - vyhledávání zrakových podnětů

Fáze fixace - krátké zaměření na podnět

Fáze přenášení pozornosti - přenášení pohledu na jiný zrakový podnět v zorném poli

Fáze sledování objektů v pohybu - udržení pohledu na jiný zrakový podnět v zorném poli

Fáze orientace v prostoru, tzv. skenování - aktivní zkoumání svého okolí, orientace ve větším prostoru a ohraničené ploše zblízka

Úprava prostředí

Prostředí dítěte se upravuje tak, aby se v něm mohly uskutečnit motivující aktivity, které podněcují i ostatní smyslové podněty. Vytvářejí se stimulační koutky, kde se využívají různé pomůcky. Pomůcky musíme volit přiměřeně, aby nedošlo k přestimulování. Při výběru pomůcek je kladen důraz na

Kontrastní barvy (černá-bílá, modrá-bílá, modrá-žlutá)

Vhodné nasvícení, volbu zářivých barev

Velké a kontrastní vzory, dostatečnou velikost předmětů a ploch.

(Švecová-Květoňová, 2004; Opatřilová, Nováková, 2012; Gringhuis, Moonen, Woudenberg, 2002; Zrakové terapie, [b.r.]).

Pomůcky

Všechny pomůcky nám mají směřovat ke zlepšení a posílení zraku. Využívají se pomůcky jako je kapesní a bodová svítidla, propustné barevné filtry na svítidlu, známé hračky z prostředí dítěte, balónky, loutky, kostky, zvukové hračky, malé hudební nástroje, chrastítka, zvonečky či rolničky a drobné jídlo (lentilky, bonbóny apod.). Dále se rozlišují **světelné a nesvětelné pomůcky**. Mezi nesvětelné pomůcky můžeme zařadit desky luminiscenčních barev, černou desku s trojrozměrnými tvary na suchý zip, IQ kostku s černobílými vzory a obličej, drobné hračky zavěšené na šňůrce, mozaiky, leporely, fotografie, barevné obrázky, koláže, kolébková hrazdička, zrcadla, černý výrazný tisk na bílém papíře, kostky a jiné. Mezi světelné pomůcky řadíme světelný panel (lightbox), blikající světelné hady, svítící vánoční dekorace a UV světlo, které ve tmě září. Dále také audiovizuální panel, který dítě stimuluje k verbálním a zpětným projevům tím, že ho zvukovým impulzem rozsvěcuje a zhasíná. Mohou se také využívat pomůcky z metody aktivního učení Lilly Nielsen. Předměty se mohou zavěšovat nad postýlku do zorného pole dítěte tak, aby se pohybovaly (Švecová-Květoňová, 2004; Opatřilová, Nováková, 2012; Gringhuis, Moonen, Woudenberg, 2002; Zrakové terapie, [b.r.]).

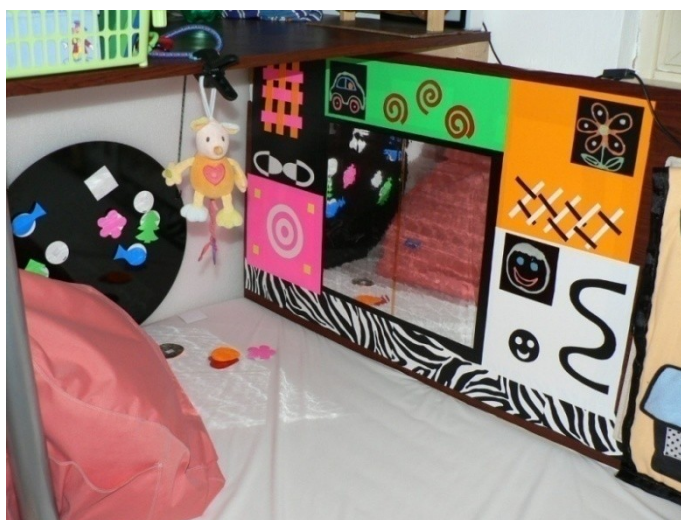
Praktické zkušenosti

Je důležité si ukázat na praktických příkladech dvou rodin dětí s postižením, jak jim pomohla metoda stimulace zraku (metodika Naše cesta, Doskočilová a spol., 2012):

„Zpočátku jeho pozornost velmi kolísala. Po předmětech nesahal, reagoval však na osvětlené, či ozvučené hračky. Byl tedy zařazen do programu stimulace zraku. Vedle poradkyně se mohli rodiče obracet i na instruktorku stimulace zraku, která sledovala vývoj zrakových dovedností Honzíka a doporučovala další postup jak rodičům, tak i poradkyni. Rodiče si zapůjčili odbornou literaturu i vhodné pomůcky, řadu pomůcek sami vyrobili. Doma zřídili Honzíkovi stimulační koutek. Osvědčila se úprava domácího prostředí tak, aby Honzík nebyl zahlcen přílišným množstvím podnětů, ale přesto bylo jeho okolí výrazné a kontrastní. Zrakové podněty rodiče vždy spojovali s hmatovými a zvukovými, které má Honzík obzvláště rád.“

„Při konzultacích jsme se soustředili na pravidelnou stimulaci zraku, kdy jsme zpočátku využívali vysoce kontrastních předmětů a hraček, které bylo třeba často obměňovat. Hledali jsme pro Jáchyma neoptimálnější vzdálenost, aby na předměty uměl reagovat.“

Další zkušenosti rodičů dětí s postižením se zrakovou stimulací jsou především v trénování rozpoznávání barev, rozeznávání v blízkosti i dále různé předměty, používání zvukových hraček apod.



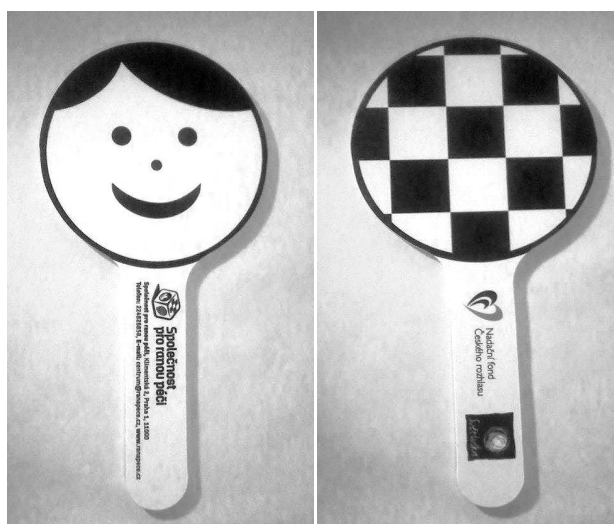
Obrázek č. 11: „Deska pro zrakovou stimulaci“

Zdroj: http://www.honziksana.estranky.cz/clanky/hracky/hracky_-ktere-me-motivuji.html#podhled_na_stimulaci_zraku, 10:05, 3. únor 2015

STŘEDISKO	Brno	Č. Budějovice	Olomouc, Regionální cent- rum pro podporu a provázení rodin dětí se zrakovým a kombinovaným postížením	Olomouc, Regionální cent- rum pro podporu a provázení rodin dětí s tělesným, mentálním a kombinovaným postížením	Ostrava	Praha	Celkem
Počet klientských rodin střediska v uplynulém roce	96	80	97	53	91	12	429
z toho dětí s kombinovaným postížením	51	47	65	20	61	12	256
z toho dětí s dušním postížením	2	0	2	0	6	0	10
z toho dětí v ústavním zařízení (ÚSP, kojenecký ústav, DD, DC)	0	0	0	0	2	0	2
z toho dětí zařazených do programu stimulace zraku	91	77	78	0	79	6	331
z toho z rozšířené cílové skupiny: dětí s tělesným a mentálním postížením	0	0	0	33	0	0	33
Počet klientů, u kterých byla péče zahájena v roce 2013	23	15	30	25	22	8	123
Počet klientů, u kterých byla péče ukončena v roce 2013	28	28	18	6	18	1	99
Počet holčiček/chlapců	36/60	35/47	43/55	22/33	46/45	7/5	189/245
Počet klientských rodin, které se zúčastnily kurzu pro rodiny	4/12	7/26	7/26	0	1/4	0/0	19/68

Obrázek č. 12: „Přehled o klientech využívající metodu zrakové stimulace ve střediscích Společnosti pro ranou péči“

Zdroj: <http://www.ranapece.cz/doc/prilohy/402/VZ2013c.pdf>, 13:15, 12. března 2015



Obrázek č. 13: „Plácačka - Stimulační předmět používaný Společností pro ranou péči a oftalmology pro zjišťování zrakových funkcí“

Zdroj: Vlastní foto, 15:04, 10. ledna 2015

4.4 Speech-viewer

Speech-viewer je speciálním softwarem ze zahraničí od firmy IBM určený pro děti s narušenou komunikační schopností pro rozvoj jejich komunikace v terapii. Může být využíván jako alternativní komunikace. Nejčastější využití je ve školních zařízeních a v logopedii. Nejnovější verze programu je III. Speech-viewer se také nazývá viditelnou řečí či zvukovým zrcadlem. V programu se dá nastavit hlasitost a rozsah zvuku, regulace výdechového proudu, znělost a neznělost hlásek lze zobrazit graficky na monitoru počítače. Slouží také k diagnostice, hodnocení a podávání zpětné vazby. V počítači dostává žák instrukce, dostává vizuální a sluchovou zpětnou vazbu, když správně vyslovuje slova či reprodukuje zvuky (Zikl, 2011).

Cílová skupina

Využíván je nejvíce u dětí s poruchami řeči a sluchu. Jednotlivá cvičení pomocí úkolů a her zahrnují například srovnávání nebo cvičení, kdy úkolem dítěte je zopakovat slovo (Zikl, 2011).

Použití metody

Cvičení jsou zaměřena na hlasitost zvuku (intenzitu hlasu - např. nafukovací balonek a jeho zvětšení při intenzitě zvuku), rozsah zvuku (maximální a minimální hranice zvuku při mluveném projevu - např. obrázky s klávesnicí, rybkami v moři), znělost a neznělost zvuků (rozlišování znělosti a neznělosti - např. obrázky, které mění barvu podle znělosti zvukového výstupu), regulace výdechového proudu (např. obrázky s aktivními objekty, které se pohybují). Dalším cvičení může být například při pomalé výslovnosti slova, kdy např. na slovo hop se žabka na monitoru přesune na jiný kámen. Program má i speciální funkce (zobrazení aktivního spektra zvuku, grafické znázornění vlastností řeči). Metoda používání Speech-vieweru je cennou vzdělávací strategií pro zachycení produkce studenta a jeho reference (Zikl, 2011).

Praktické zkušenosti

V současné době se metoda Speech-vieweru používá na střediscích rané péče jen omezeně, spíše se jeho prostřednictvím zaměřují na rozvoj řeči logopedická pracoviště. Středisko rané péče Tamtam Praha používalo tento program v části, ve které se děti učily navozovat či modulovat hlas. Nyní ho používají jen omezeně, protože nejsou k dispozici nové verze, které jsou kompatibilní se současnými počítači. Používali versi SW III. jeho

první část - tvorba hlasu, sílu, výšku, modulaci atd. Dá se však využít program typu Mentio (Mentio hlas, zvuky, audiotest, hádanky, nakupování, slovní zásoby, skládačky...) či moderní metoda Ipadu či tabletu (pracovníci střediska rané péče Tamtam).

4.5 Videotrénink interakcí

Cílová skupina

Dle odbornice na ranou péči Mgr. Hradilkové je videotrénink interakcí využíván obecně jako interakce rodičů s dítětem i v programu podpory rodiny v každé specifické rané péči pro všechny druhy postižení. V rané intervenci ho poskytuje v rámci svých služeb raná péče APLA.

Použití metody

Videotrénink interakcí je krátkodobou, intenzivní formou pomoci k rozvoji a podpoře komunikace. Pokud došlo již k narušení řeči, usiluje se o její obnovení. Základním heslem je sama komunikace. Rodiče se aktivují k zvyšování pozitivní kapacity řešit vlastní potíže. Vznik se datuje na počátek 80. let v Holandsku, kde začali pracovníci domova pro narušenou mládež zkoumat, jak působí sociální okolí na dítě, rodinné klima a vztahy v rodině. Metoda Video Home Training VHT (VTI) měla u rodin ohlas a postupně byla rozšířena do mnoha zemí Evropy včetně České republiky, a to v roce 1993. Je založena na principu dobré komunikace a rozhovoru. Pracovník dochází do rodiny a natáčí krátké sekvence interakcí, poté vybírá důležité momenty. Nejdříve byla využívána v psychologii (Matoušek, 2003). Videotrénink dle Matouška (2003) spočívá v:

Natáčení

Analýza nahrávky

Zpětnovazebný rozhovor

Videotrenér při rozhovoru s rodiči zjistí, co potřebují změnit, pořídí krátké videozáznamy běžných rodinných situací v jejich důvěrně známém prostředí a provede analýzu záznamu. Ve zpětném rozhovoru nad videozáznamem společně s rodiči přemýšlí o jiných perspektivách řešení obtížných situací. Vede rodinu k nahlížení na problémy z jiného úhlu pohledu. Nedirektivní vedení rozhovoru lze využít všude tam, kde je potřebné posilovat pozitivní prvky komunikace. Jeho využití je v rodinách s dětmi, zlepšení vztahů mezi personálem a klienty v různých typech ústavů či jako zlepšení

interakce mezi učitelem a žákem nejenom se speciálními potřebami. VTI se prostřednictvím rozboru videonahrávek soustředí na zlepšení komunikace. Rozvíjí verbální a neverbální projevy a podporuje pozitivní interakci mezi dospělými a dětmi, pečujícími a osobou na nich závislou. Trenér (poradenský pracovník) vytváří pozitivní atmosféru. Natáčí pomocí videokamery běžnou situaci, ze které se pak udělá interakční analýza z rozboru nahrávky. Vybírá z této nahrávky momenty, kdy se komunikace dařila a naopak její slabší momenty. Při další návštěvě v rodině, ve škole, v ústavu apod. tuto zpětnou vazbu probírají. Celkově tato metoda probíhá od jednoho k šesti měsícům. Rodiče si tak uvědomují a reflektují interakce (Matoušek, 2003). Principy videotréninku interakce dle Matouška (2003) jsou následující:

Zacházení s rodinou v rámci jejího přirozeného prostředí.

Trenér musí vnímat aktuální prožitky členů rodiny (tady a teď).

Respektování přání klientů.

Formovat srozumitelné a snadno dosažitelné cíle.

Terapeut využívá videozáznam, kde jeho nástrojem je rozhovor.

Trenér předává pozitivně zformulovanou zpětnou vazbu.

Terapeut vždy spolupracuje s rodiči.

Aktivování rodičů místo kompenzace jejich nedostatků.

Videotrénink interakcí chce přerušit negativní interakční vzorce mezi subjekty a kompenzovat je pozitivními vazbami. Terapeut pomáhá rodičům osvojit si nové strategie, rozvinout silné stránky. Co nejlepší kontakt rodič a dítě, zaměření komunikace, pozitivní atmosféra, video jako nástroj zpětné vazby. Trenér aplikující metodu VTI může být sociální pracovník, psycholog, terapeut a další. Rodiče mohou také přinášet nové alternativy ke svým reakcím a chování. Ty se pak mohou vyzkoušet v další interakci. Výchovné kompetence jsou dále procvičovány. Místo, kde se videotrénink uskutečňuje je domácí prostředí. Metodou videotrénink interakcí se dají řešit sociálně emoční problémy dítěte, výchovné problémy dítěte, problémy s učením, hyperaktivita, problémy s jídlem, sourozenecké problémy a další. Metoda VTI nabízí pomoc. Videotrénink interakcí začíná prvním kontaktem. Ten zahajují rodiče, kteří přicházejí do dané instituce s popisem jejich problému a žádostí o pomoc. Následně terapeut zmapuje jejich situaci na základě

rozhovoru. Stanovují se cíle spolupráce, které mají být definovány pozitivně, aby se rodič sám chápal jako důležitá součást řešení. Poté se mohou odehrávat samotné návštěvy v rodině s videozáznamem běžné situace o délce 15 minut. Poté dochází k analýze, co se v komunikaci daří a co chybí. Stanovuje se pracovní plán, dle kterého se orientuje videotrenér a rodič. Je pomůckou, jehož součástí je dohoda o základním časovém rámci. Po natáčení a analýze se provádí zpětnovazebný rozhovor. Na interakcích se domlouvá v intervalech, zpětnovazebný rozhovor trvá v průměru až 1,5 hodiny. U rodičů dochází ke změně v jejich každodenním životě, lépe rozumí vztahům k dítěti a učí se novým prvkům chování. Metoda poukazuje také na úroveň vývoje dítěte, na jeho osobnost, motivy a záměr. Spolupráce se ukončuje po dosažení cíle. Ukončuje se však i v případě, když rodič nespolupracuje. Změny se musí zviditelnit a posílit. Provádí se sestřih úspěšných nahrávek za celou dobu. Po celou dobu práce se reflektuje, jak daleko k cíli se nacházíme. Průběžně hodnotíme. Po časovém odstupu od ukončení práce ověření situace, že se stav udržuje a nezhoršuje. Kontakt může být kromě telefonického i osobní. Jsou však omezené počty setkání (Matoušek, 2003).

V následující praktické zkušenosti si můžeme doložit přínos videotréninku interakce v příbězích dvou rodin.

Praktické zkušenosti

„Natáčení proběhlo v rodině, kde byla matka vyčerpaná ze zlobení syna doma i na veřejnosti a oba rodiče se chtěli zamyslet nad výchovnými přístupy a hledali odbornou pomoc. Proběhla celkem 4 natáčení. Na počátku byla natáčena pouze matka se synem. Rozboru se ale účastnil i otec. Později se k natáčení také připojil. Podle zkoumání videotrenéra byla maminka velice mírná, hodná a neurčovala synovi hranice. Tatínek byl v rodině dominantní, ve výchově syna přísnější, ale v jeho prospěch. Ukončeno bylo po vzájemné dohodě. Maminka cítila po ukončení VTI větší jistotu v péči o syna. Uvedla, že dokáže rozeznat, kdy si spolu rozumějí, tedy rozpoznat situace, kdy je třeba vysvětlit si vlastní přání a očekávání. Uměla se více synovi přiblížit, naladit na něj. Tatínek se synem neměl problémy, ale chtěl se účastnit VTI, aby pomohl mamince, aby si se synem více rozuměla. Práci s VTI se mu velice zamlouvala. VTI trenér hodnotil práci s rodinou jako velice příjemnou. Oba rodiče o své výchově hodně přemýšleli. Rodiče sami nacházeli další kroky, ke kterým je VTI trenér chtěl při další návštěvě přivést.“ (Videotrénink interakcí, © 2014).

„Rodiče přicházejí s trápením, že nemají dobrý kontakt se svým dospívajícím synem (14), že si spolu „přestali rozumět“ a že se obávají, „že ho ztratí“. „Každý hovor velmi brzy končí, syn se zavírá ve svém pokoji a nechce s námi mluvit“. Na prvním videozáznamu, na kterém byla zachycena diskuze na téma volný čas, jsme identifikovali jednak zdroje (oboustranná touha být v kontaktu), jednak také to, co chybělo. Na záznamu bylo opakovaně patrné (vzorec), že rodiče nevěnují pozornost tomu, co syn říká, nepřijímají jeho názor (jejich věty začínají téměř vždy s „ne“) a přicházejí ihned se svými doporučeními a návrhy. Tím, že rodiče nereagují na synovy iniciativy, nedochází ke střídání se a nemůže se vůbec rozvinout diskuze. Pracovním úkolem rodičů bylo naučit se přijímat synovy názory (to neznamená s nimi vždy souhlasit) a dát mu tím větší prostor v komunikaci.“ (Beaufortová, 2002).

Mohli jsme vidět přínos videotréninku interakce v uvědomění problému v jednotlivých rodinných situacích, ke kterému je dovedl videotrenér ve zpětné analýze videonahrávek.

4.6 Program Portage

Program Portage vznikl v letech 1969-1972 ve Wisconsinu ve městě Portage na základě modelu pro práci s dětmi s mentálním a kombinovaným postižením v rodinách. Od toho název programu. Později se program přenesl do mnoha zemí světa, včetně České republiky. U nás se stal součástí nabídky některých středisek rané péče v 90. letech. Tato metoda propojuje výhody plynoucí z rodinného prostředí a z odborné pomoci dětem s mentálním a kombinovaným postižením a jejich rodinám. Konzultanti rané péče usilují o to, aby negativní ovlivnění zasahovala do chodu rodiny co nejméně, a snaží se zlepšit životní podmínky pro jejich pozitivní vývoj. Rodina se podporuje jako celek, respektují se speciální potřeby dítěte, jeho individuální zvláštnosti ve vztahu k jeho specifickému materiálnímu a sociálnímu prostředí. I přesto, že dítě rodičů má určitý handicap, usiluje se o plnohodnotné prožívání jejich životů jako ostatní. Rodiče jsou důležití spolupracovníci při tvorbě plánů učení dítěte. Vzniká plán učení, plánují se vhodné kroky, vymezují se okolnosti, podmínky učení a časové rozložení. Program Portage využívá reálných místních zdrojů, je poskytován na odborné úrovni (Vávrová, 2013). Dle Vávrové (2013) se na podpoře vývoje podílejí:

Rodiče - ti nejlépe znají potřeby dítěte, mohou podávat ty nejbližší informace o nich. Informace důležité pro sestavení individuálního plánu zahrnují např. to, jak dítě reaguje v různých situacích, co už umí a jaké má zájmy.

Dítě - dítě samotné, jeho schopnosti, dovednosti, vlastnosti, motivace související s typem postižení, aktuální projevy během návštěvy domácího konzultanta v rodině.

Domácí konzultant - dochází pravidelně do rodiny.

Program Portage poskytují některá Speciální pedagogická centra a Střediska rané péče. Forma poskytování je prostřednictvím terénních služeb pro rodiny s dětmi v raném věku. Podněcuje vývoj dítěte s postižením skrz použití domácích konzultací.

Služba je poskytována pro děti s postižením, s ohrožením vývoje ve věku od narození do 7 let. Pravidelnou návštěvou se nacvičuje socializace, soběstačnost, vědomosti, řeč, jemná a hrubá motorika. Terapeut pozoruje a zaznamenává, jakou činnost dítě provádí a jak se při ní chová. Pozoruje také přístup samotných rodičů a domlouvá s nimi cíle učení pro dítě. Společně tvoří postup nácviků s dítětem. Terapeut si vede záznam o dítěti, podává zprávu o domácích návštěvách a předává je k hlubšímu rozboru a následně stanoví cíl pro příští setkání. V ČR se realizují v různých modifikacích. Bohužel z důvodu provozních a finančních nemohou být návštěvy v rodinách v týdenní frekvenci ale pouze měsíčně (Hemzáčková, 2010).

Dle vyjádření odbornice na ranou péči Mgr. Hradilkové je tato metoda podpory vývoje dítěte důležitá v jeho prostředí formou nácviku. Dává užší záběr, nácvik kognitivních a pohybových dovedností, zaznamenává se v přirozeném prostředí za účasti rodičů.

4.7 Doporučení pro speciální pedagogy

Problematika metody podpory vývoje dítěte, které jsem se dotkla v této práci, je velmi rozsáhlá. Každé dítě musíme chápat jako individualitu a jedinečnou osobnost. Ačkoli dvě děti mají podobnou diagnózu, nejsou přesto stejné, a ke každému z nich musíme přistupovat individuálně a s péčí, kterou vyžaduje jeho aktuální stav. A to z hlediska jeho vývojového stadia, vlastností a dispozicím, tak i z hlediska prostředí, ve kterém vyrůstá - jeho rodiny. Podle vyjádření odborníků v praxi rané péče, s kterými jsem mluvila, vybírají se metody právě pro každé dítě podle zjištění jeho potřeb a výše zmíněných podmínek.

1. Doporučila bych rodičům, jimž lékař diagnostikoval postižení u dítěte, aby okamžitě kontaktovali a navštívili středisko rané péče a získávali informace o dané povaze a problematice rizika či postižení dítěte.

2. Doporučila bych střediskům rané péče, aby měla podklady, informace, metodiky a doporučení pro práci s dítětem toho kterého postižení. A ta mít pro rodiče k dispozici, k prostudování - písemně, na webu, aby se je rodič mohl prostudovat. Jako vhodné vidím i sestavení a distribuci brožur.

3. Doporučila bych vysokým školám: o vybraných metodách rané intervence (a nejen o těch vybraných) by se mělo vyučovat a mělo by být povinnou součástí vzdělávacích osnov vysokých škol jako volitelný předmět speciální pedagogiky a sociální práce. Je důležité, aby budoucí speciální pedagogové měli přehled a informace o postižení dítěte, měli by umět porozumět danému problému a naučit se, jak prostřednictvím metod rané péče lze podporovat vývoj dítěte s postižením, které jsou vhodné pro jaké děti, jak je vybírat a jak je zprostředkovat rodičům. Pro úspěšné poskytnutí pomoci je nutné znát normální vývoj dítěte a jeho narušení a jak v těchto oblastech použít dané terapie, metody a přístupy. Budoucí poradci rané péče budou muset poskytovat péči a podporu nejenom dětem, ale celé rodině, která je aktivním spoluúčastníkem na rozvoji dětí s postižením.

Musí se neustále usilovat o udržení a zlepšení poskytování služeb rané péče a nacházet nové přístupy a metody, jak umenšit negativní vliv zdravotního postižení na rozvoj a budoucnost dítěte. Proto by se měli vzdělávat v této oblasti nejen studenti, ale i pracovníci středisek rané péče. Do budoucna se mi zdá nezbytná spolupráce s neonatologem, psychology, terapeuty, sociálními pracovníky apod. Proto jako přínosné vnímám setkání

pracovníků rané péče s lékaři v rámci depistáže klientů rané péče. Velmi kladné by bylo ze strany státu uvolnit více dotací a financí na rozšiřování péče. Raná péče by byla stále zdarma, ale dostupnější pro rodiny.

5 Závěr

V první kapitole bakalářské práce se zaměřuji na popis vývoje zdravého dítěte, kde jsem popsala vývoj od prenatálního stádia do předškolního věku dítěte.

V další kapitole je představeno, že vývoj dítěte v raném věku může být narušen v různých oblastech. Navazujícím popisem rané péče dokládám, jak lze jejím prostřednictvím podpořit vývoj dítěte a rodinu.

Poslední kapitolou jsem prezentovala, jaké metody pracovníci v rané péči mají k dispozici na podporu dané rodiny. Na základě toho předkládám některé z vybraných metod rané péče, jejichž využívání a přínosy se mění v čase. Například od používání metody Portage se ustupuje a naopak multimediální počítače typu Ipad a jiné technické pomůcky jsou na vzestupu. Program Speech-viewer se využívá už jenom na logopedických pracovištích. Zrková stimulace je stabilní metoda, vyvíjí se a má nezastupitelné místo v rané péči pro rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením.

Cíl práce jsem splnila zjištěním, že vybrané metody rané intervence se stále zlepšují a mají pozitivní ohlas u klientů. Do metod rané intervence čím dál více zasahuje technika. A se současným technologickým rozvojem bude tento trend velmi pravděpodobně pokračovat. Dále jsem zjistila, že v Praze funguje několik středisek rané péče, ale vzhledem ke špatné finanční situaci střediska spíše ubývají.

Některé bakalářské práce se zaměřují obecně na ranou péči, pro mě bylo inspirativní popsat specifické metody a zaznamenat jejich aktuálnost. Nahlédla jsem tak přímo do praxe rané péče, zajímala mě zpětná vazba od rodičů a efektivita různých metod. Pomohlo mi vidět ranou péči v barevném světle: různé děti s postižením, které potřebují různé přístupy.

Je zřejmé, že v České republice je raná péče relativně mladý, interdisciplinární obor, který reaguje na nové poznatky, a proto se rychle vyvíjí. Jsem si vědoma, že v mé bakalářské práci není úplný výčet všech metod rané péče, jelikož to ani nebylo cílem této práce.

6 Seznam použitých informačních zdrojů

Středisko rané péče SPRP Ostrava. *Kuk, film o programu Stimulace zraku*. Ostrava: Free Art, s.r.o., 2009

ZIKL, Pavel. *Využití ICT u dětí se speciálními potřebami*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 127 s. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024738529.

VOLEMANOVÁ, Marja. *Přetrvávající primární reflexy, opomíjený faktor poruch učení a chování*. Praha: Redtulizšíp, 2013. ISBN 9788090559707.

ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. 1. vyd. Překlad Michaela Procházková. České Budějovice: Kopp, 2009, 216 s. ISBN 9788072323784.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 8071849294.

Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku. Editor Lea Květoňová-Švecová. Brno: Paido, 2004, 126 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 8073150638.

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004, 247 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze, 4. ISBN 8024608774.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Zita NOVÁKOVÁ. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením: Early support and intervention for children with disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 321 s. ISBN 9788021058804.

HELIOS II, HELIOS II FINAL REPORT. EARLY INTERVENTION. INFORMATION, ORIENTATION AND GUIDANCE OF FAMILIES. MUNICH, F. PETERANDER, 1996, 352 p.

EDITED BY DIETY GRINGHUIS, Jo Moonen. *Children with partial sight: development, parenting, education and support*. Doorn: Bartiméus, 2002. ISBN 9071534413.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd., v Portálu 1. Praha: Portál, 2004, 390 s. ISBN 8071788295.

HELUS, Zdeněk. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009, 286 s. Pedagogická praxe. ISBN 9788073676285.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 8024712849.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 9788073674144.

- PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: SPN, 1967, 234 s.
- NIELSEN, L. *Dotýkej se, ať pochopíš*. Praha: AMOS, 1996. ISBN 80-902025-0-0.
- NIELSEN, Lilli. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. Čes. vyd. 1. Překlad Gisela Kubrichtová. Praha: ISV, 1998, 119 s. Speciální pedagogika (ISV). ISBN 8085866269.
- HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2007, 125 s. ISBN 9788073151454.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 182 s., 4 s. obr. příloh. ISBN 807184053x.
- AL], [autoři textů Kateřina Doskočilová ... et]. *Naše cesta: metody práce s rodinou v rané péči*. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP, 2012. ISBN 8087510208.
- MILFAIT, René. *Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce*. 1. vyd. Ve Středoklukách: Zdeněk Susa, 2012, 539 s. ISBN 978-80-86057-78-1.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007, 150 s. ISBN 9788073151447.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 8071785482.
- ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 9788024615653.
- Primární reflexy, [online] cit 4. 2. 2015, dostupné na: http://www.red-tulip.cz/primarni_reflexy.html
- Registr poskytovatelů sociálních služeb, [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1424267351075_1&zak=Hlavn%C3%AD+m%C4%Bsto+Praha&zaok=Hlavn%C3%AD+m%C4%Bsto+Praha&sd=ran%C3%A1+p%C3%A9%C4%8D
- Zákon o sociálních službách, [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>
- Raná péče APLA, [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na: <http://www.praha.apla.cz/prubeh-sluzby-rana-pece.html>
- Raná péče Ratolest [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na: <http://www.ratolest-stredisko.cz/rana-pece/co-nabizime/>
- Raná péče Stodůlky, [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na: <http://stredisko-stodulky.diakonie.cz/nase-sluzby/rana-pece/>

Raná péče Tamtam, [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na: <http://www.tamtam-praha.cz/onas/vitame-vas.html>

Raná péče Dům rodin, [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na: <http://www.dumrodin.cz/rana-pece.html>

Raná péče EDA, [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na: <http://www.ranapecce.eu/praha>

Společnost pro ranou péči Praha, [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na: <http://www.ranapecce.cz/>

Lilli books, [online] cit 1. 2. 2015, dostupné na: <http://www.ssc.education.ed.ac.uk/resources/vi&multi/lilli/lilibooks.html>

Průběh služby rané péče, [online] cit 5. 2. 2015, dostupné na <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rana-pece/prubeh-sluzby-rane-pece.shtml>

Portage, [online] cit 6. 2. 2015, dostupné na: <http://www.klubnejmensich.cz/terapie/portage/>

Zrakové terapie, [online] cit 6. 2. 2015, dostupné na: http://www.neuroprogress.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=145&Itemid=154

Tablet, [online] cit 2. 2. 2015, dostupné na: <http://pomocvdomacnosti.cz/deti-a-tablety-samozrejma-dvojka?q=tablet>

Eda play, [online] cit 2. 2. 2015, dostupné na: <http://www.wonderbaby.org/articles/eda-play-app-review>

Aplikace Eda play, [online] cit 2. 2. 2015, dostupné na: http://www.etnetera.cz/etn-life/etn_life_130603_12_pro_12_edu.html

Aplikace eda play trénuje dětské oči a zručnost, [online] cit 2. 2. 2015, dostupné na: <http://nadacevodafone.cz/co-je-noveho/aplikace-eda-play-trenuje-detske-oci-a-zrucnost/>

Proč Ipad, [online] cit 2. 2. 2015, dostupné na: <http://ipadveskole.cz/proc-ipad/>

Ipad, [online] cit 2. 2. 2015, dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/IPad>

Edaplay, [online] cit 2. 2. 2015, dostupné na: <http://www.edaplay.cz/>

Využití Ipad, Ipod, touch a Iphone v rozvoji a komunikace dětí se speciálními potřebami, [online] cit 2. 2. 2015, dostupné na: <http://www.dumrodin.cz/clanky/vyuziti-ipad-ipod-touch-a-iphone-v-rozvoji-a-komunikaci-deti-se-specialnimi-potrebami.html>

Eda play trénink zraku a jemné motoriky na ipadu-zkušenosti, [online] cit 2. 2. 2015, dostupné na: <http://superapple.cz/2013/05/eda-play-trenink-zraku-a-jemne-motoriky-na-ipadu-zkusenosti/>

Rehabilitační pomůcky, [online] cit 3. 2. 2015, dostupné na: <http://www.honziksana.estranky.cz/clanky/rehabilitace/rehabilitacni-pomucky.html>

Lilli Works Product Catalog, [online] cit 3. 2. 2015, dostupné na: <http://www.lilliworks.org/wp-content/uploads/LilliWorks-Product-Catalog-V07-3.pdf>

An Introduction to Dr. Lilli Nielsen's Active Learning, [online] cit 3. 2. 2015, dostupné na: <https://nfb.org/images/nfb/publications/fr/fr17/fr05ws11.htm>

Devatenáct let programu Portage v České republice, [online] cit 6. 2. 2015, dostupné na: <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/82/11-21.pdf?sequence=1>

Vzdělávání dětí s kombinovaným postižením, [online] cit 6. 2. 2015, dostupné na: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-kombinovany-m-postizenim.shtml>

VIT základy metody, [online] cit 4. 2. 2015, dostupné na: http://pppknm.sk/data/pdf/materialy/nase_ponuky/videotrening/VIT_zaklady_metody.pdf

Videotrénink interakcí, [online] cit 4. 2. 2015, dostupné na: <http://www.radkaskotakova.estranky.cz/clanky/videotrenink-interakci.html>